

Gerth, Ulrich; Menne, Klaus

## **Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen**

*Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht [Hrsg.]: Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe. [Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht]. München : Verl. Dt. Jugendinst. 2010, S. 829-924*



Quellenangabe/ Reference:

Gerth, Ulrich; Menne, Klaus: Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen - In: Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht [Hrsg.]: Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe. [Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht]. München : Verl. Dt. Jugendinst. 2010, S. 829-924 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-123419 - DOI: 10.25656/01:12341

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-123419>

<https://doi.org/10.25656/01:12341>

### **Nutzungsbedingungen**

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Terms of use**

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### **Kontakt / Contact:**

peDOCS  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Sachverständigenkommission  
Dreizehnter  
Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.)

Materialien zum  
Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht

Mehr Chancen für  
gesundes Aufwachsen

Expertise von Ulrich Gerth, Klaus Menne

Der Beitrag der Erziehungsberatung zur  
Förderung der Gesundheit von Kindern und  
Jugendlichen



## Vorwort

Der 13. Kinder- und Jugendbericht „Mehr Chancen für gerechtes Aufwachsen“ widmet sich erstmals in der Berichtsgeschichte dem Thema „Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“. Zusammen mit der Stellungnahme der Bundesregierung ist der Bericht im Mai 2009 als Bundestagsdrucksache erschienen.

Um einen umfassenden Überblick zu diesem Themenkreis und vertiefte Einblicke in einzelne Bereiche zu erhalten, entschied die von der Bundesregierung mit der Erstellung des Berichts betraute Sachverständigenkommission, zahlreiche Expertisen und eine Delphi-Studie erstellen zu lassen.

Die Inhalte der Expertisen gaben entscheidende Impulse für die Diskussionen der Kommission, viele Aspekte flossen auch in den Berichtstext ein und haben wesentlich zu dessen wissenschaftlicher Fundierung beigetragen. Im Bericht konnten jedoch nicht alle Erkenntnisse aus den Expertisen im Detail berücksichtigt werden. Da diese jedoch viele wichtige Befunde, Einblicke und Einsichten enthalten, die für die Kinder- und Jugendhilfe, für das Gesundheitssystem und die Eingliederungshilfe/Rehabilitation neu sein dürften, beschloss die Sachverständigenkommission, die Expertisen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dafür wurden die – ausschließlich von den Autorinnen und Autoren verantworteten – Texte von diesen im Mai 2009 zum Teil leicht überarbeitet und aktualisiert.

Um die Übersicht zu erleichtern, wurden die einzelnen Arbeiten fünf großen Bereichen zugeordnet, die auch Schwerpunkte des 13. Kinder- und Jugendberichts bilden. Dabei wurde in allen Arbeiten – wie auch im Bericht – den Schnittstellen und sowohl den Kooperationserfordernissen wie den Kooperationschancen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe/Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Sachverständigenkommission dankt allen Autorinnen und Autoren der Expertisen und der Delphi-Studie für ihre wertvolle Unterstützung bei der Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts. Besonders hervorzuheben ist dabei ihre Kooperationsbereitschaft und die Einhaltung der engen, auf oft nur wenige Monate begrenzten Zeitvorgaben, denn der gesamte 13. Kinder- und Jugendbericht musste innerhalb von nur 15 Monaten fertig gestellt werden.

Der Sachverständigenkommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht als Herausgeber dieser Expertisen gehörten an: Dr. Wolfram Hartmann,

Prof. Dr. Holger Hassel, Prof. Dr. Hans Günther Homfeldt, Prof. Dr. Heiner Keupp (Vorsitzender), Dr. Hermann Mayer, Dr. Heidemarie Rose, Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Dr. Ute Ziegenhain, Dr. Christian Lüders (kooptiertes Mitglied).

In der Geschäftsstelle im Deutschen Jugendinstitut arbeiteten: Dr. Hanna Permien, Dr. Tina Gadow, Gisela Dittrich, Angela Keller, Dr. Ekkehard Sander, Sonja Peyk und Susanne Schmidt-Tesch (Sachbearbeitung).

München, im Juni 2009

*Prof. Dr. Heiner Keupp*

Vorsitzender der Sachverständigenkommission  
des 13. Kinder- und Jugendberichts

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe</b> Nico Dragano, Thomas Lampert, Johannes Siegrist <b>Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf? .....</b>	<b>13</b>
	Petra Kolip <b>Zentrale gender-relevante Kriterien für Gesundheitsförderung und Prävention.....</b>	<b>51</b>
	Bernd Röhrle <b>Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention – was können sie leisten? .....</b>	<b>69</b>
	Manfred Hintermair <b>Salutogenetische und Empowerment-Konzepte in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen.....</b>	<b>155</b>
<b>2</b>	<b>Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinderbetreuung und für Heranwachsende mit Behinderungen</b> Tina Friederich <b>Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen.....</b>	<b>195</b>
	Renate Höfer, Luise Behringer <b>Interdisziplinäre Frühförderung: Angebot und Leistungen.....</b>	<b>257</b>
	Elisabeth Wacker, Rainer Wetzler, Stefanie Frings <b>Delphi-Studie zu Gesundheitsförderung und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen.....</b>	<b>311</b>
<b>3</b>	<b>Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendarbeit sowie der Jugendberufshilfe</b> Andreas Hanses, Kirsten Sander <b>Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit .....</b>	<b>373</b>
	Knut Lambertin <b>Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit .....</b>	<b>419</b>
	Elke Opper, Petra Wagner <b>Gesundheitsförderung und Prävention im Kinder- und Jugendsport.....</b>	<b>447</b>

	Peter Paulus	
	<b>Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern .....</b>	<b>537</b>
	Florian Straus	
	<b>Gesundheitsförderung und Prävention in berufsbildenden Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe .....</b>	<b>621</b>
<b>4</b>	<b>Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und in Risikolagen</b>	
	Albert Lenz	
	<b>Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe .....</b>	<b>683</b>
	Michael Kölch	
	<b>Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern .....</b>	<b>753</b>
	Stephan Sting	
	<b>Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter.....</b>	<b>789</b>
<b>5</b>	<b>Gesundheitsförderung und Prävention bei den Hilfen zur Erziehung und ihren Schnittstellen</b>	
	Ulrich Gerth, Klaus Menne	
	<a href="#"><u>Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.....</u></a>	<a href="#"><u>829</u></a>
	Margret Dörr	
	<b>Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese .....</b>	<b>925</b>
	Jörg M. Fegert, Tanja Besier	
	<b>Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem – Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform.....</b>	<b>987</b>
<b>6</b>	<b>Autorinnen und Autoren.....</b>	<b>1111</b>

Ulrich Gerth  
Klaus Menne

# Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

1	Einleitung .....	831
2	Der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO) .....	831
3	Die Institutionen der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche und ihre Nutzung.....	832
3.1	Die Versorgungsbereiche.....	833
3.2	Das Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Störungen .....	838
4	Gesundheitliche Problemlagen von Kindern und Jugendlichen als Anlässe der Inanspruchnahme von Erziehungs- und Familienberatung.....	844
4.1	Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys .....	844
4.2	Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitssurveys Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) .....	847
4.3	Inanspruchnahme der Erziehungsberatung auf der Basis der Kinder- und Jugendhilfe-Statistik des Bundes (1993 bis 2006) nach Anlässen ..	849
4.4	Inanspruchnahme nach der Statistik der Hilfen zur Erziehung 2007 ...	852
4.5	Kommentar .....	854
4.6	Empirische Untersuchung von gesundheitsbezogenen Anlässen im Jahr 2007 .....	856
5	Die ICD-10-Kategorisierbarkeit von Problemen in der Erziehungsberatung .....	859
5.1	Krankheit und erzieherischer Bedarf .....	860
5.2	Diagnostik in der Erziehungsberatung .....	863



5.3	Unterstützungsmöglichkeiten der Erziehungsberatung im Kontext von Krankheit .....	866
5.4	Psychotherapie in der Erziehungsberatung .....	872
6	Schnittstellen zwischen Erziehungsberatungsstellen und Gesundheitswesen.....	879
6.1	Einzelfallbezogene Zusammenarbeit empirisch .....	879
6.2	Einzelfallübergreifende Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen.....	881
6.3	Kommentar .....	883
7	Gesundheitsförderung im Rahmen der Einzelberatung.....	892
7.1	„Gesundheitsthemen“ in der Einzelberatung .....	892
7.2	Kommentar .....	894
8	Der Beitrag der Erziehungsberatung zur allgemeinen Gesundheitsförderung .....	897
8.1	Themen, Zielgruppen und Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen bei präventiven Angeboten zur Gesundheitsförderung .....	897
8.2	Kommentar .....	901
9	Gesundheitsthemen im Rahmen der bke-Onlineberatung.....	903
9.1	bke-Elternberatung .....	903
9.2	bke-Jugendberatung .....	905
9.3	Kommentar .....	907
10	Entwicklung der Erziehungsberatung 1993 bis 2007 .....	909
10.1	Die Inanspruchnahme durch Ratsuchende .....	910
10.2	Personelle Ausstattung der Erziehungsberatung .....	912
10.3	Kosten der Erziehungsberatung .....	913
10.4	Die Versorgungslage der Erziehungs- und Familienberatung .....	914
11	Schlussfolgerungen und Perspektiven.....	915
12	Literatur .....	918

## 1 Einleitung

„Gesund“ und „krank“ bilden sprachlich ein Gegensatzpaar wie „hoch“ und „tief“ oder „gut“ und „schlecht“. Gesundheit wird deshalb lebensweltlich zunächst verstanden als Abwesenheit von Krankheit. Entsprechend hat der Bundesgerichtshof festgestellt: „Krankheit ist jede Störung der normalen Beschaffenheit oder der normalen Tätigkeit des Körpers, die geheilt, d.h. beseitigt oder gelindert werden kann“ (BGH 1958). Krankheit bezeichnet heute aber nicht nur eine Beeinträchtigung körperlicher Zustände, sondern ebenso der geistig-seelischen Verfassung eines Menschen. Krankheit kann deshalb nach der Rechtssprechung des Bundessozialgerichts definiert werden als „ein regelwidriger Körper- und Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ (BSG 1973, S. 12f.). Als „gesund“ kann im Umkehrschluss jeder Zustand eines Menschen gelten, in dem dieser sich eines regelgerechten Verhaltens seiner körperlichen, geistigen und seelischen Funktionen erfreut. Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bestimmt sich damit in erster Annäherung als Beitrag zur Vorbeugung vor möglichen Krankheitszuständen bei Kindern und Jugendlichen.

## 2 Der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die Weltgesundheitsorganisation hat in ihrer Verfassung vom 22. Juli 1946 den Begriff der Gesundheit weiter gefasst. Danach ist „Gesundheit ... ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 2006, S. 1). Folgerichtig erklärt sie den Besitz des „bestmöglichen Gesundheitszustandes“ zu einem Grundrecht jedes menschlichen Wesens (ebd.). Die Erkenntnisse der medizinischen, psychologischen und verwandten Wissenschaften sollen zur Erreichung des besten Gesundheitszustandes in allen Völkern beitragen. Zur Erreichung dieses Ziel ist „die gesunde Entwicklung des Kindes ... von grundlegender Bedeutung; die Fähigkeit, harmonisch in einer in voller Umwandlung begriffenen Umgebung zu leben, ist für diese Entwicklung besonders wichtig“ (ebd.). Gesundheit wird so als eingebettet betrachtet in den praktischen Lebensvollzug in der sozialen Gemeinschaft.

Damit tritt die Orientierung an Krankheit als dem Gegenpol von Gesundheit in den Hintergrund. Gesundheit ist nicht länger nur die regelkonforme Erfüllung organischer Funktionen. In die damit angelegte Erweiterung des Gesundheitsbegriffs wird jedoch die Fähigkeit des Menschen zum Umgang mit

von den Regeln abweichenden (krankhaften) Zuständen nicht aufgenommen. Seine Kompetenz zur Bewältigung möglichen Leidens wird nicht als ein zentrales Merkmal von Gesundheit gefasst. Stattdessen führt die Ablösung des Gesundheitsbegriffs von seinem körperlichen Substrat zum subjektiven Wohlbefühl: „umfassendes körperliches, seelisches und sozialen Wohlbefinden“ wird von der Weltgesundheitsorganisation zum Ziel erklärt (WHO 1986, S. 1). „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt. Dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (ebd., S. 4). Die in der Ottawa-Charta formulierte Strategie der Gesundheitsförderung „zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden“ (ebd., S. 1) und interveniert daher in alle Politikbereiche. Wenn das „größtmögliche Gesundheitspotential“ (ebd. S. 2) der Menschen verwirklicht werden soll, dann muss Gesundheitsförderung auch „die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten“ unterstützen (ebd., S. 3). Gesundheitsförderung in diesem Sinne stellt nicht die Krankheitsprävention in den Mittelpunkt, sondern die Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen. Deshalb wird von präventiven Maßnahmen gefordert, dass diese „die Kompetenzen insbesondere von Eltern stärken. ... Je jünger das Kind ist, desto stärker muss die Eltern-Kind-Beziehung in den Mittelpunkt der Bemühungen gerichtet werden“ (Schulze/Fegert 2004, S. 225). Auch für Jugendliche gilt, dass ein subjektiv befriedigendes Aufwachsen mit einem als gesund empfundenen Leben korreliert (Schnabel 2004, S. 287). Die Familie erscheint so als ein zentraler Ort der Gesundheitsförderung (Schnabel 2001).

So gefasst fällt die Förderung von Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen mit den zentralen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe zusammen: „Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§ 1 Abs. 1 SGB VIII). Dieses Recht zu verwirklichen ist Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe (§ 1 Abs. 3 SGB VIII). Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen besteht in einem zweiten Sinne daher in der Stärkung der Ressourcen von Kindern und Eltern. Erziehungsberatung nimmt ihn – wie die Kinder- und Jugendhilfe insgesamt – bereits durch die Erbringung der ihr übertragenen Aufgaben wahr.

### **3 Die Institutionen der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche und ihre Nutzung**

Zur ersten Annäherung an die Schnittstelle zwischen Erziehungs- und Familienberatung einerseits und der Krankenbehandlung von Kindern und

Jugendlichen insbesondere bei seelischen Störungen andererseits dient ein Blick auf die Institutionen der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche und ihre Nutzung.

### 3.1 Die Versorgungsbereiche

Für die gesundheitliche Versorgung der jungen Menschen kommen in erster Linie die Kinder- und Jugendmedizin, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen sowie bei seelischen Problemen Erziehungs- und Familienberatung in Betracht.

#### *Kinder- und Jugendmedizin*

Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern wird in Deutschland in erster Linie durch die Kinder- und Jugendmedizin begleitet. Das Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes und Jugendlichen von Beginn bis zum Abschluss seiner somatischen Entwicklung (BÄK 2003, S. 83). Durch die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9/J1 werden Eltern dazu angehalten, zu definierten Zeitpunkten ihr Kind einem Kinder- und Jugendarzt vorzustellen. Die Inanspruchnahme dieser Untersuchungen ist hoch und lässt erst im Übergang zur Pubertät nach. Die pädiatrische Versorgungsaufgabe endet mit den ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz.

Die Versorgung der Kinder und Jugendlichen erfolgt - wie die medizinische Versorgung allgemein - durch privatwirtschaftlich tätige Praxen und Kliniken sowie den jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes. In der ambulanten Versorgung waren im Jahr 2007 6.495 Fachärzte/-ärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin tätig ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)). Ein Teil der pädiatrischen Versorgung erfolgt in Kinderkrankenhäusern und (Universitäts-) Kinderkliniken. Im Rahmen dieser stationären Versorgung waren im Jahr 2007 4.312 Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen tätig.

Dem Jugendärztlichen Dienst (JÄD) ist die Aufgabe der Gesundheitsprävention übertragen (Meireis 1995). Der JÄD ist in der Regel im Gesundheitsamt der Kommune angesiedelt. Er ist ab der Einschulung der Kinder zuständig. Zum Aufgabengebiet gehören die Durchführung von Impfkampagnen, Lernanfängeruntersuchungen, Einzelfallberatungen für Schüler/Schülerinnen und Lehrer/Lehrerinnen, Behindertenberatung sowie Gesundheitsberichterstattung. 2007 waren 463 Pädiater/Pädiaterinnen in Behörden

tätig. Damit ist ihre Zahl gegenüber 1995 (609) deutlich verringert. Dies dürfte den kommunalen Sparbemühungen in diesem Zeitraum geschuldet sein.

Für besondere Problemlagen von Kindern und Jugendlichen bestehen spezifische Versorgungseinrichtungen. Im vorliegenden Kontext sind dies insbesondere Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren.

*Frühförderung:* Die Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 30 SGB IX wird durch Frühförderstellen geleistet. Während sich die allgemeine Frühförderung an Kinder mit kognitiver und seelischer Behinderung und an Kinder, denen eine solche Behinderung droht, wendet, richtet sich die spezielle Frühförderung an Kinder mit Sinnesbehinderungen wie z. B. Blindheit, Sehbehinderung und Hörstörungen.

*Sozialpädiatrische Zentren:* Problemlagen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der (drohenden) Behinderung nicht von geeigneten Ärzten und Ärztinnen oder interdisziplinären Frühförderstellen behandelt werden können, werden von Sozialpädiatrischen Zentren betreut (§ 119 SGB V). Auch die Sozialpädiatrie ist Teil der Kinder- und Jugendmedizin.

Für beide Bereiche gilt, dass ihre Leistungen als „Komplexleistungen“ erbracht werden können. D. h. es werden medizinische Leistungen mit heilpädagogischen Leistungen verbunden und die entstehenden Kosten zwischen den zuständigen Leistungsträgern (hier: der gesetzlichen Krankenkasse und dem Träger der Sozialhilfe) aufgeteilt (vgl. BMG 2003).

Insgesamt waren im Jahr 2007 in Deutschland 11.788 Kinder- und Jugendmediziner/-medizinerinnen ärztlich tätig (Statistisches Bundesamt 2008). Das entspricht gegenüber 1995 einer Zunahme um 12 %.

#### *Kinder- und Jugendpsychiatrie*

Psychische Erkrankungen sind im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung inzwischen körperlichen Erkrankungen gleich gestellt (§ 27 Abs. 1 Nr. SGB V). Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen werden insbesondere durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie und durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen versorgt.

Das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie umfasst das Erkennen und Behandeln psychischer, psychosomatischer, entwicklungsbedingter und neurologischer Erkrankungen oder Störungen (BÄK 2003, S. 90). Dabei wird als kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung ein Zustand unwillkürlich gestörter Lebensfunktionen bezeichnet, der ein Kind oder einen Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen (Remschmidt 1988 nach Remschmidt 1995a, S. 92). Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufs-

gruppen wie z. B. Psychologen, Sozialpädagogen, Krankengymnasten und Logopäden kennzeichnend. Etwa die Hälfte der Fachärzte bzw. Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (nämlich 688) ist in eigener Praxis tätig. Weitere 649 waren im Jahr 2007 in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken tätig. Mit insgesamt 1.414 ärztlich tätigen Fachärzten/-ärztinnen nähert sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie dem in der Psychiatrie-Enquete 1975 formulierten Ziel von 1.700 Fachärzten/-ärztinnen an: seit 1995 hat sich die Zahl der Kinder- und Jugendpsychiater/-psychiaterinnen verdoppelt (zur Situation dieser Fachdisziplin vgl. auch Warnke/Lehmkuhl 2003).

#### *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen*

Seit dem 1.1.1998 sind durch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) die beiden neuen Heilberufe psychologischer Psychotherapeut (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) geschaffen worden. Auch sie sind zur Krankenversorgung zugelassen. Kinder- und Jugendlichentherapeut können neben Diplom-Psychologen/-psychologinnen auch Diplom-Pädagogen/-pädagoginnen sowie Diplom-Sozialarbeiter/-arbeiterinnen werden, die eine anerkannte psychotherapeutische Ausbildung absolviert haben. Aufgabe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist die Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Störungen mit Krankheitswert bei Kindern und Heranwachsenden bis zum Alter von 21 Jahren, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Dies schließt die Therapie psychischer Ursachen, Begleiterscheinungen und Folgen von körperlichen Erkrankungen unter Berücksichtigung der ärztlich erhobenen Befunde zum körperlichen Status und der sozialen Lage der jungen Menschen ein (BMGS 1998, § 1 Abs. 2).

Im Jahr 2007 waren 5.165 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen approbiert. Weitere 2.442 psychologische Psychotherapeuten/-therapeutinnen waren zugleich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen zugelassen. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen sind überwiegend in niedergelassener Praxis (2.009) bzw. in Krankenhäusern (1.007) tätig. Eine große Zahl von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen (insgesamt 1.648) ist Beratungsstellen unterschiedlicher Art beschäftigt. In der Erziehungs- und Familienberatung waren (im Jahr 2003) 936 Fachkräfte als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen, approbiert. (Für die Vorjahre liegen ähnlich differenzierte Daten nicht vor). Bei einem Vergleich der Versorgungsbereiche muss diese Überschneidung beachtet werden.

### *Erziehungs- und Familienberatung*

Für Probleme in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen stehen schließlich die Erziehungs- und Familienberatungsstellen zur Verfügung. Sie sind für Eltern und andere Erziehungsberechtigte Anlaufstelle bei allen Themen der Erziehung und des Zusammenlebens in der Familie. Diese sind oftmals mit psychischen und anderen gesundheitlichen Problemen verbunden. Die Beratungsstellen „sollen Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrunde liegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung unterstützen“ (§ 28 SGB VIII). Im Jahr 2007 bestanden in der Erziehungs- und Familienberatung etwa 3.650 volle Planstellen. Anders als die medizinischen Versorgung, die auf der Grundlage von § 27 SGB V erfolgt, ist Erziehungsberatung eine Leistung der Kinder- und Jugendhilfe (§ 28 SGB VIII). Die Finanzierung der Erziehungsberatung erfolgt daher grundsätzlich durch die Kommunen. Träger frei gemeinnütziger Beratungsstellen bringen Eigenmittel ein; etliche Bundesländer stellen eine Landesförderung bereit (Menne 2004b).

Die nachfolgende Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die gesundheitliche Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Dabei ist für die Fachärzte die Zahl der ärztlich tätigen Personen entsprechend der Gesundheitsberichtserstattung ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)) wiedergegeben. Für die Erziehungsberatung steht dagegen die unter Versorgungsgesichtspunkten spezifischere Zahl der bestehenden Planstellen zur Verfügung.

Während die Zahl der Kinder- und Jugendmediziner/-medizinerinnen von 1995 bis 2007 moderat um 12 % zugenommen hat, hat sich die Zahl der Kinder- und Jugendpsychiater/-innen in diesem Zeitraum verdoppelt. Die Kapazität zur Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen ist zudem durch die Zulassung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen zur Krankenversorgung vergrößert worden. Allerdings konnten etliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen bereits zuvor im Rahmen des Delegationsverfahrens an der Krankenversorgung teilnehmen (Für diesen Beruf ist eine Zeitreihe nicht darstellbar). Während in den anderen Bereichen eine gegenüber 1995 z. T. deutlich größere Versorgungskapazität für Kinder und Jugendliche zur Verfügung steht, stagniert die Zahl der Planstellen in der Erziehungs- und Familienberatung

Tabelle 1: Gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

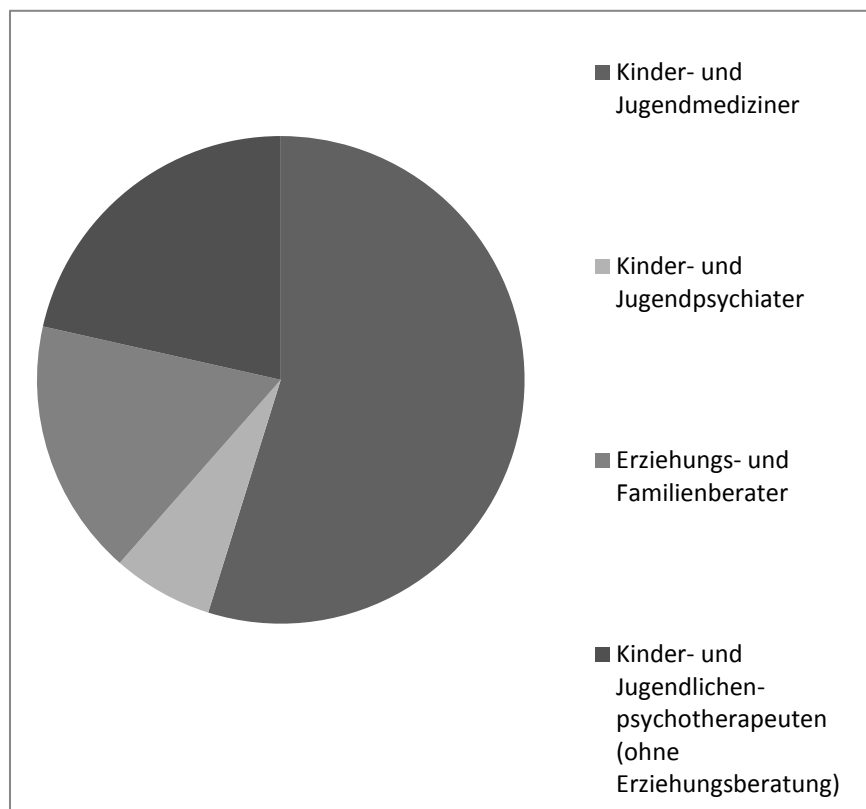
	1995	1998	2003	2007
Absolut				
Kinder- und Jugendmediziner	10.523	11.044	11.354	11.788
Kinder- und Jugendpsychiater	688	910	1.166	1.414
Erziehungs- und Familienberater (Planstellen)	3.662	3.627	3.778	3.648
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten				5.165
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ohne in Erziehungsberatungsstellen Tätige				4.200
Je 10.000 Minderjährige				
Kinder- und Jugendmediziner	6,6	7,0	7,2	7,4
Kinder- und Jugendpsychiater	0,4	0,6	0,7	0,9
Erziehungs- und Familienberater (Planstellen)	2,3	2,3	2,4	2,3
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ohne in Erziehungsberatungsstellen Tätige				2,9

Quelle: Gesundheitsberichterstattung ([www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)); bke 2008; eigene Berechnungen

Auch wenn tätige Personen (im Gesundheitswesen) und Personalstellen (in der Erziehungsberatung) nicht direkt miteinander verglichen werden können, gibt die folgende Abbildung, die auf obiger Tabelle beruht, doch einen Eindruck von den Anteilen der unterschiedlichen Versorgungsbereiche.



Abbildung 1: Gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen  
2007



### 3.2 Das Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Störungen

Für die Beratung und Behandlung bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen stehen somit mehrere Professionen und damit verbunden Institutionen, zur Verfügung. Welche Institutionen durch die Familien bei welchen Problemlagen aufgesucht werden, ist im Anschluss an die Psychiatrie-Enquete (1975) und den Ausbau der Erziehungs- und Familienberatung in den 1970er Jahren untersucht worden. So haben Remschmidt und Walter (1989) im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung 1983/84 eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen und Auffälligkeiten von Kindern

und Jugendlichen durchgeführt. Dabei wurden in drei Landkreisen alle Kinder und Jugendliche erfasst, die innerhalb eines Jahres in den Versorgungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche vorgestellt worden sind.

Tabelle 2: Inanspruchnahmeverhalten bei seelischen Problemen  
(Angaben in %).

	Inanspruchnahme
<b>Vorfeldeinrichtungen</b>	
Frühberatung	15,4
Erziehungsberatung	23,4
Jugendärztlicher Dienst	1,8
Psychologische Praxen	4,4
Psychologische Institutionen	2,8
zusammen	47,8
<b>Kernfeldeinrichtungen</b>	
Beratung am Gesundheitsamt	2,2
Ambulanzen	27,1
Kinder- und jugendpsychiatrische Praxen	9,8
Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste	13,1
zusammen	52,2

Quelle: Remschmidt 1995a, S. 88f.

Knapp die Hälfte (47,8 %) aller Kinder und Jugendlichen wurden in „Vorfeld“-Einrichtungen im Sinne der Psychiatrie-Enquete vorgestellt; bei gut der Hälfte der Minderjährigen (52,2 %) wandten sich die Eltern direkt an „Kernfeld“-Einrichtungen. Dabei nahmen die Eltern jeweils zu etwa einem Viertel die kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen und Dienste, Klinikambulanzen und die Erziehungsberatungsstellen in den Landkreisen in Anspruch (Remschmidt 1995a, S. 88f.). Diese Durchschnittswerte differierten zwischen den Kreisen je nach den dort vorhandenen Einrichtungen. An diesen Daten wird bereits deutlich, dass Erziehungsberatung einen relevanten Anteil an der Versorgung von seelisch belasteten Kindern und Jugendlichen erbringt.

Insgesamt nahmen in dem Untersuchungszeitraum 1983/84 2.582 Minderjährige wegen seelischer Belastungen die o. a. Dienste und Einrichtungen in Anspruch. Dabei war es zugleich Ziel der Untersuchung, durch das Multiaxiale Klassifikationsschema von Rutter und Kollegen die Zahl der „objektiv behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen“ abzugrenzen. (Die Diagnosestruktur für die minderjährigen Patienten ambulanter und stationärer Einrichtungen wird differenziert dargestellt in Remschmidt/Walter 1989, S. 107ff.

bzw. S. 194ff.). Für Erziehungsberatungsstellen wird dabei als kennzeichnend herausgestellt, dass Lernschwächen und emotionale Auffälligkeiten die häufigsten Vorstellungsgründe für die bei ihnen betreuten Kinder und Jugendlichen darstellen (Remschmidt/Walter 1989, S. 294). Zugleich zeigte sich, dass 38,8% der behandelten Kinder und Jugendlichen an keinem klinisch-psychiatrischen Symptom litten (Remschmidt 1995b, S. 106). Seelische Belastungen von Kindern und Jugendlichen sind offenbar dadurch gekennzeichnet, dass sie in einem Kontinuum zu lokalisieren sind, das von gelegentlich auftretenden Beeinträchtigungen über Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen, bei denen Beratung und Hilfe angezeigt ist, bis zur klinischen Behandlungsbedürftigkeit reicht (vgl. Remschmidt 1995a, S. 88).

In einer weiteren Studie hat Höger einen Überblick über die Inanspruchnahme psychosozialer Dienste gegeben (Höger 1991). Er hat die zu untersuchenden Institutionen weiter gefasst und einerseits auch Hausärzte/-ärztinnen und Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen sowie andererseits auch Jugendamt und schulpsychologischen Dienst einbezogen. Dabei zeigen sich nach Höger (1991) in einem Vergleich von Erziehungsberatungsstellen und (einer) kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung ähnliche Auffälligkeiten der vorgestellten Kinder und Jugendlichen.

Tabelle 3: Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Institutionen (Angaben in %).

	<b>Erziehungs- beratungsstellen</b>	<b>Kinder- und Jugend- psychiatrie</b>
Emotionale Störungen	55,7	74,9
Lernprobleme	41,7	47,3
Störungen des Sozialverhaltens	41,7	38,9
Körperliche Auffälligkeiten	17,7	39,9
Sprachstörungen	13,0	15,3
Sonstige	10,5	16,7

Quelle: (Höger 1991, S. 79)

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der Anteil emotionaler Störungen deutlich höher als in der Erziehungsberatung; die Rate körperlicher Auffälligkeiten ist doppelt so hoch. Zudem ist die Population in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch häufigere Mehrfachbelastungen gekennzeichnet.

Allerdings ist die Aussagefähigkeit solcher Daten beschränkt, denn es bleibt hier ebenso wie in anderen Untersuchungen – über die Höger einen Überblick gibt – offen, ob es zwischen den untersuchten Institutionen Unterschiede in Bezug auf den Schweregrad der Auffälligkeiten der Kinder gibt (Höger 1991, S. 61). Auch unterscheidet sich das Inanspruchnahmeprofil zwischen den Er-

ziehungsberatungsstellen untereinander stärker als im Vergleich zur Kinder- und Jugendpsychiatrie (ebd., S. 81)

Aber die Untersuchung lässt deutliche Unterschiede zwischen den Erziehungsberatungsstellen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hinblick auf den Zugang erkennen: Für Erziehungsberatungsstellen ist es charakteristisch, dass die Inanspruchnahme am häufigsten von den Erziehungsberechtigten selbst ausgeht (45 %; Höger 1991, S. 63). Den kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst dagegen suchten 14 % der Ratsuchenden von sich aus auf und Polikliniken nur 5 %. Entsprechend wurden über 85 % der in Polikliniken versorgten Kinder und Jugendlichen von Ärztinnen und Ärzten an diese überwiesen. Beim mobilen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst lag die Überweisungsquote bei 48,3 %. Dagegen betrug der Anteil ärztlicher Überweisungen bei den Erziehungsberatungsstellen nur 17 % (ebd., S. 63).

Die Inanspruchnahme von Erziehungsberatung durch die Erziehungsberechtigten selbst hat sich seitdem als ein Kennzeichen dieser Einrichtungen etabliert. Für das Jahr 2006 weist die Bundesstatistik aus, dass bei 82,9 % der Kinder und Jugendlichen die Eltern und 6,6 % der jungen Menschen selbst den Kontakt zur Beratungsstelle aufgenommen haben. Auf Soziale Dienste und sonstige veranlassende Institutionen entfallen nur 4,9 bzw. 5,6 % der Nennungen (Statistisches Bundesamt 2007). Die Erziehungsberatung hat sich damit klar als ein Dienst der ersten Linie etabliert, der von den Familien aus eigener Entscheidung aufgesucht wird. (Dieser Sachverhalt hat inzwischen auch seine rechtliche Grundlage in § 36a Abs. 2 SGB VIII gefunden).

Mit psychosozialen Belastungen ihrer Kinder wandten sich Eltern in der Untersuchung von Höger (1991) aber auch an Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen. Die in die Untersuchung einbezogenen Ärzte und Ärztinnen dokumentierten ihre minderjährigen Patienten über den Zeitraum einer Woche. Danach betrug die Gesamtrate der psychosozialen Belastung von Kindern und Jugendlichen bei Hausärzten/-ärztinnen 20,3 % und bei Kinder- und Jugendärzten/-ärztinnen 8,3 %. Psychische Symptome stellten Hausärzte/-ärztinnen bei 18,5 % der Minderjährigen fest, Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen bei 7,6 %. Familiäre Spannungen und Konflikte hielten Hausärzte/-ärztinnen bei 7,4 %, Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen bei 1,8 % der Kinder bzw. Jugendlichen fest (Höger 1991, S. 71). Dabei war beiden Arztgruppen der Zusammenhang von familiären Konflikten und dem Auftreten psychischer Probleme deutlich: Wenn familiäre Konflikte bekannt waren, dann hatten 81 % der Kinder bei den Hausärzten und 70 % der Kinder bei Kinder- und Jugendärzten/-ärztinnen psychische Auffälligkeiten. Die psychischen Symptome selbst wurden von beiden Arztgruppen mit deutlichem Abstand an Auffälligkeiten im körperlichen Bereich (78,9 % bei Hausärzten/-ärztinnen; 68,8 % bei Kinder- und Jugendärzten/-ärztinnen) festgemacht. Es folgten emotionale Probleme mit jeweils 10 % (ebd., S. 72). Beide Arztgruppen zogen

bei knapp einem Drittel der Kinder und Jugendlichen eine Überweisung in Betracht. Für Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen lag dabei die Überweisung an die Erziehungsberatung näher als für Hausärzte/-ärztinnen.

Höger (1991) zieht zur Erklärung der unterschiedlichen Inanspruchnahme des Hilfesystems die Alltagstheorien der Familien heran. Sie betreffen die Selbstinterpretation ebenso wie die angenommenen Problemursachen und die Kenntnis des Versorgungssystems. Die von den Eltern zu treffenden Entscheidungen resultieren aus einer Vielzahl von Motiven. Einen zentralen Stellenwert hat dabei das hohe Maß an Autonomie, das Familien für sich und ihre Privatsphäre beanspruchen. Die Gestaltung des familialen Zusammenlebens und der Kindererziehung ist ihr höchstpersönliches – und von der Verfassung garantiertes – Recht (Art. 6 GG). Deshalb liegt die Schwelle der Inanspruchnahme professioneller Hilfe hoch (Höger 1991, S. 53). Es bedarf oft nicht nur des subjektiv empfundenen Leidens an einem Problem, sondern oft auch des äußeren Anstoßes wie etwa durch auffälliges Sozialverhalten des Kindes oder seine Leistungsschwierigkeiten in der Schule, um Hilfe nachzusuchen. Eine empirische Untersuchung der Belastung vor Beginn einer Erziehungsberatung hat gezeigt, dass 90 % der Eltern sich als „sehr stark“ bzw. „ziemlich stark“ belastet gesehen haben (bke 2001, S. 16). Doch bleibt die Entscheidung zur Inanspruchnahme einer Hilfe auch dann die Entscheidung der Eltern selbst: Sie suchen für ihre Aufgabe der Erziehung ihres Kindes bzw. ihrer Kinder eine Unterstützung durch Professionelle. Dabei treten sie die Verantwortung für die Erziehungsaufgabe und für das Zusammenleben der Familie typischerweise nicht an Dritte ab, sondern sehen sich selbst als Eltern weiter in der Pflicht.

Demgegenüber vollzieht ein Kranker einen Übergang von seinen sonst eingenommenen sozialen Rollen (als Lehrer/-innen, Ehemann oder Vereinsmitglied) in die Rolle eines Kranken, der nun nicht mehr mit den gleichen Ansprüchen auf Handlungskompetenz auftreten kann. Die Krankenrolle ist geradezu dadurch definiert, dass der Betroffene einzelne Bereiche seines Lebens oder Funktionen seines Körpers nicht mehr durch sich selbst bestimmt sieht (Menne 2006b, S. 209). Eltern, die eine Erziehungsberatungsstelle aufsuchen, betrachten weder sich selbst noch ihr Kind als „krank“.

Es überrascht daher nicht, dass im Bundesgesundheitsurvey 1998 festgestellt wurde, dass auch ein Drittel der Erwachsenen bei psychischen Störungen – nach dem Hausarzt, den 42 % in Anspruch nahmen – mit 34 % am häufigsten Beratungsstellen zur Unterstützung bei ihren seelischen Problemen aufsuchten (Wittchen/Jacobi 2001, S. 997).

Seelische Probleme – der Kinder und Jugendlichen ebenso wie der Erwachsenen – entstehen aus dem alltäglichen Lebenskontext der Familien heraus; sie stellen nicht per se „Krankheiten“ dar. Deshalb suchen die Betroffenen Hilfe und Unterstützung bei Einrichtungen, die ihre familiäre

Lebenssituation thematisieren. Dies gilt gleichermaßen für die Erziehungs- und Familienberatung wie für die Ehe- und Lebensberatung. Beide Institutionen teilen ein gemeinsames fachliches Selbstverständnis: „Beratungsarbeit ist gerichtet auf zwischenmenschliche Beziehungen und deren Möglichkeiten und Konflikte, auf Lebensgeschichte und -entwürfe, auf Lebens- und Entwicklungsbedingungen und deren Zusammenhänge mit psychischem und/oder psychosomatischem Leiden und Symptomen. Beratungsarbeit geht im Unterschied zu einer am Krankheitsbegriff orientierten heilkundlichen Psychotherapie – davon aus, dass das Leben von Individuen, Paaren, Familien und Lebensgemeinschaften einem Entwicklungsprozess unterworfen ist, bei dem die Grenzen zwischen gleichsam notwendigen Krisen und seelischen Fehlentwicklungen fließend sind“ (DAKJEF 1993, S. 6). „Beratung hilft Ratsuchenden, für sie geeignete Problemlösungen zu finden und unzureichende und unangemessene Problemlösungsversuche zu korrigieren“ (ebd., S. 7). Institutionelle Beratung stellt daher neben dem auf Krankenbehandlung ausgerichteten medizinischen System eine eigenständige Säule der psychosozialen Versorgung dar.

Dieser lebensweltlichen Einstellung von Menschen, sich – wenn sie sich selbst nicht als „krank“ betrachten – Unterstützung in Beratungsinstitutionen zu suchen, die ihnen die Verantwortung für die zu verändernde Problemlage belassen und sie bei der eigenen Lösungsfindung unterstützen, entsprechen im Übrigen auch die Regelungen des Sozialrechts: Die Psychotherapierichtlinien definieren seelische Krankheit als eine „krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen“ zu deren Wesen es gehört, „dass sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht mehr oder nur noch zum Teil zugänglich sind“ (BA 1998, A 2). Deshalb wird „Psychotherapie“ als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, wenn sie „nicht der Heilung oder Besserung einer seelischen Krankheit bzw. der medizinischen Rehabilitation, sondern allein der beruflichen oder sozialen Anpassung oder schulischen Förderung bzw. der Erziehungs-, Ehe- Lebens- und Sexualberatung dient“ (BA 1998, D 2.2 und 2.3).

Während für Kinder die Entscheidung, welches Hilfesystem aufgesucht werden soll, vorrangig von den Eltern getroffen wird, müssen Jugendliche Kriterien für diese Entscheidung erst noch erwerben. Die mit der Pubertät einsetzenden körperlichen Reifungsprozesse verändern das Körperbewusstsein der Jugendlichen. Sie müssen eine erwachsene Identität, die ihren Körper und ihre Sexualität einschließt, erst ausbilden. Entsprechend verändert sich auch ihr Verhältnis zum Arzt/zur Ärztin. Sie entscheiden nun zunehmend selbst, ob und welcher Arzt/welche Ärztin sie in Anspruch nehmen. Ab dem 13. Lebensjahr wenden sich Jugendliche weniger an den Kinder- und Jugendmediziner/-medizinerinnen, sondern überwiegend an den Hausarzt/die Hausärztin

(Settertobulte 1995, S. 146f). Bei persönlichen Problemen allerdings suchen Jugendliche nicht bei Professionellen Unterstützung sondern vielmehr in ihrem sozialen Umfeld. Dabei ist die Mutter für Jungen und Mädchen erste Ansprechpartnerin (über 70 % haben sich an sie gewandt). Drei Viertel der Mädchen wenden sich auch in ihre Freundin, um ein persönliches Problem zu besprechen, während etwa jeder zweite Junge sich an den Vater (53 %) oder einen Freund (46 %) wendet (Freitag 1995, S. 126ff.). Professionelle wie der Klassenlehrer/-lehrerin (6 %) oder der Arzt (3,7 %) werden nur selten in Betracht gezogen. Dies hat Folgen auch für die Inanspruchnahme von Erziehungs- und Familienberatung.

## **4 Gesundheitliche Problemlagen von Kindern und Jugendlichen als Anlässe der Inanspruchnahme von Erziehungs- und Familienberatung**

Erziehungs- und Familienberatung hat den Auftrag, Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen. Dazu zählen sowohl individuelle Probleme als auch Probleme im Zusammenleben der Familie. Die Vielfältigkeit möglicher Ursachen begründet das Zusammenwirken verschiedener Fachrichtungen im Team der Erziehungsberatungsstelle (§ 28 Satz 2 SGB VIII). Gesundheitliche Probleme im engeren Sinne gehören nicht zum Auftrag der Erziehungsberatung, auch wenn in früheren Jahren der Kinder- und Jugendpsychiater/-psychiaterin zum multidisziplinären Fachteam gehört hat (Die für die Jugendhilfe zuständigen Senatoren und Minister der Länder (1973), S. 311). Im Weiteren soll abgeschätzt werden, ob und in welchem Maße Erziehungsberatung dennoch einen Beitrag zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen leistet.

### **4.1 Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys**

Von 2003 bis 2006 ist vom Robert-Koch-Institut bei einer repräsentativen Stichprobe von beinahe 18.000 Kindern und Jugendlichen in Deutschland deren gesundheitliche Situation differenziert erfasst worden. Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) hat dabei sowohl Daten aus ärztlichen Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen als auch Selbstauskünfte von Eltern und älteren Kindern bzw. Jugendlichen genutzt. Neben dem organmedizinischen Status konnte so auch ein genaues Bild von gesundheits-

relevanten sozialen Verhaltensweisen, Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten gezeichnet werden. Mit dem KiGGS steht damit eine Folie zur Verfügung, vor der der Beitrag der Erziehungs- und Familienberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beschrieben werden kann.

Dabei konnten nicht für jeden untersuchten Bereich allgemeine, für die Gruppe aller Minderjährigen zutreffende Aussagen gemacht werden; vielfach betreffen sie eine begrenzte Altersgruppe. Als zentrale Ergebnisse können die folgenden Aussagen herausgestellt werden:

#### *Zur Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen*

- Etwa ein Viertel der Jungen und Mädchen zwischen 3 und 10 Jahren betreibt keinen Sport (Lampert u. a. 2007, S. 635f.).
- Täglich essen 16 % der Minderjährigen Schokolade; und 20 % essen täglich andere Süßigkeiten (Mensink u. a. 2007, S. 619). Ein Drittel der 14- bis 17-jährigen Jungen isst mindestens einmal pro Woche Fast Food (ebd.).
- Von den 11- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen rauchen 20 %. Von den 14- bis 17-Jährigen rauchen 20% bereits täglich (Lampert/Thamm 2007, S. 602).
- Im Alter von 16 Jahren konsumieren bereits 58 % der Jungen und 32 % der Mädchen regelmäßig Alkohol (ebd., S. 604).
- Mehr als 20 % der Jungen und der Mädchen nutzen täglich mehr als drei Stunden Fernsehen oder Video; 17 % der Jungen und 6 % der Mädchen nutzen täglich mehr als drei Stunden Computer bzw. Internet (Lampert u. a. 2007, S. 646).

#### *Körperliche Erkrankungen*

- Im Alter zwischen 3 bis 17 Jahren sind 15 % der Kinder und Jugendlichen übergewichtig; 6 % leiden unter Adipositas (Kurth u. a. 2007, S. 737). Gegenüber den 1980er Jahren ist damit eine Zunahme um 50 % zu verzeichnen.
- Eine chronische Erkrankung an obstruktiver Bronchitis lag bei 13,3 %, an Neurodermitis bei 13,2 % und an Heuschnupfen lag bei 10,7 % der Minderjährigen vor (Kamtsiuris u. a. 2007, S. 694).
- Mindestens eine allergische Erkrankung war bereits bei 22,9 % der Kinder und Jugendlichen aufgetreten; allein innerhalb des letzten Jahres galt dies für 16,1 % der Minderjährigen (Schlaud u. a. 2007, S. 703).



- Symptome von Essstörungen lagen im Alter von 11 bis 17 Jahren bei 21,9 % der Kinder und Jugendlichen vor; bei Mädchen lag der Anteil bei 28,9 % (Hölling/Schlack 2007, S. 795).

#### *Verhaltensauffälligkeiten*

Die im Folgenden dargestellten Werte geben keine Diagnosen im Sinne des ICD-10 wieder. Vielmehr liegt ihnen eine Elternbefragung mit dem Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) zugrunde (Hölling u. a. 2006, S. 784f.).

- Eine emotionale Auffälligkeit wurde bei 9,1 % der befragten Kinder und Jugendlichen festgestellt; als grenzwertig wurden 7,2 % eingestuft (Hölling u. a. 2007, S. 785f.).
- Symptome von Verhaltensauffälligkeiten lagen bei 14,8 % vor; grenzwertig erschienen die Probleme bei 16 %. Jungen sind mit 17,6 % gegenüber Mädchen mit 11,6 % im auffälligen Bereich überrepräsentiert (ebd., S. 789).
- Hyperaktivitätsprobleme wurden von den Eltern bei 7,9 % der Kinder und Jugendlichen berichtet; grenzwertig erschienen 5,9 %. Jungen werden doppelt so häufig (10,8 %) als auffällig eingeschätzt als Mädchen (4,8 %; ebd., S. 788f.). Bei 4,8 % wurde eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung durch einen Arzt oder Psychologen diagnostiziert (Schlack u. a. 2007, S. 830).

#### *Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung*

- Über nur geringe personale Ressourcen wie Kohärenzsinn und Selbstwirksamkeitserwartung verfügten 8,9 % der Kinder und Jugendlichen; deutliche Defizite waren bei 11,2 % zu konstatieren (Erhart u. a. 2007, S. 802).
- Familiäre Ressourcen (Zusammenhalt und Erziehungsverhalten) waren bei 8,9 % der Kinder und Jugendlichen gering; als deutlich defizitär wurden sie bei 11,7 % eingestuft (ebd., S. 804).
- Über geringe soziale Ressourcen (Unterstützung durch Gleichaltrige oder Erwachsene) verfügten 12,0 %; deutliche Defizite waren bei 9,7 % festzustellen (ebd., S. 803).
- Jede zweite unvollständige Familie (51,2 %) ist durch einen niedrigen sozioökonomischen Status belastet (ebd., S. 804).

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys vertiefend in einem eigenen Modul untersucht worden (BELLA-Studie). Eltern und Kinder wurden dazu getrennt befragt. Danach zeigen 21,9 % aller Kinder und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren psychische Auffälligkeiten. Dabei lagen 12,2 % der Kinder und Jugendlichen „Hinweise“ auf psychische Auffälligkeit vor. 9,7 % wurden als

„wahrscheinlich“ psychisch auffällig klassifiziert (Ravens-Sieberer u. a. 2007, S. 874). Insbesondere wurden festgestellt:

- Ängste bei 10 % der Kinder und Jugendlichen,
- Störungen des Sozialverhaltens bei 7,6 % und
- Depression bei 5,4 % (ebd., S. 875).

Dabei kommen Kinder mit psychischen Auffälligkeiten deutlich häufiger aus konfliktbelasteten Familien bzw. unglücklichen Partnerschaften der Eltern und aus Familien, in denen die Erziehenden ihre eigene Kindheit und Jugend nicht als harmonisch empfunden haben. Diese Kinder wachsen auch häufiger in einem Ein-Eltern-Haushalt auf. Wie überhaupt niedriger sozioökonomischer Status häufiger mit Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten einhergeht (ebd.).

## **4.2 Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitssurveys Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)**

Die Weltgesundheitsorganisation hat im Rahmen einer zeitlich parallel zur KiGGS-Studie in vierzig Ländern durchgeführten Untersuchung 10.000 Jugendliche zwischen 11 und 15 Jahren befragt. Ziel dieser HBSC-Studie war es, soziale Determinanten von Gesundheit zu beschreiben. Denn nach den Ergebnissen der Sozial- und Gesundheitswissenschaften lässt sich der größte Teil der gesundheitlichen Probleme auf die sozialen Bedingungen zurückführen, in denen Menschen leben.

### *Lebenswelt Familie*

Eine der zentralen Lebenswelten, in denen Gesundheit, Verhalten und Einstellungen geprägt wird, ist die Familie (Richter 2006, S. 19). Eine besondere Bedeutung kommt dabei dem familialen Zusammenleben zu: Bei allein erziehenden Eltern lebende Kinder sind in beinahe allen gesundheitlichen Bereichen benachteiligt. Je besser die Beziehungsqualität zwischen Kindern und Eltern ist, desto geringer ist das Risiko gesundheitsschädigenden Verhaltens und gesundheitlicher Beeinträchtigungen (ebd., S. 20). Insbesondere häufigere Probleme in der familiären Kommunikation und eine geringere Unterstützung der Kinder durch ihre Eltern erklären Unterschiede zwischen der klassischen Kleinfamilie und neu zusammengesetzten Familien bzw. Ein-Eltern-Familien (Erhart/Ravens-Sieberer 2006, S. 211).

### *Lebenswelt Schule*

Schule wird von den Kindern und Jugendlichen je länger sie dauert, umso negativer eingeschätzt. Dabei können weniger die unterschiedlichen Schulformen Unterschiede in der psychischen Gesundheit erklären als vielmehr das

Klassenklima mit seinen beiden Komponenten der Qualität des Unterrichts und der wahrgenommenen Unterstützung durch die Mitschüler (Bilz/Meltzer 2006, S. 184; Ottova/Richter 2006, S. 261). Auch ein (von den Schülern so erlebter) schulischer Misserfolg (und damit einhergehende soziale Desintegrationserfahrungen) verstärkt das Gesundheitsrisiko (Bilz/Meltzer 2006, S. 163).

#### *Lebenswelt Gleichaltrige*

Entwicklungsbedingt lösen Jugendliche sich zunehmend vom Elternhaus ab und erproben in Peergroups „erwachsene“ Verhaltensweisen. Typisch dafür sind das in der Gruppe begonnene Rauchen und der Umgang mit Alkohol. Insbesondere der Alkoholkonsum wird über die Freundesgruppe moderiert (Settertobulte 2006, S. 227). Wobei weniger explizite Gruppennormen zum Tragen kommen als vielmehr individuelle Vorstellungen über „normales“ Verhalten in der Gruppe (ebd., S. 228). Auch korreliert das Ausmaß psychosomatischer Beschwerden negativ mit der Zufriedenheit von Jugendlichen mit ihren Freundschaftsbeziehungen (Freitag 1995, S. 130). Die Gleichaltrigengruppe stellt daher einen möglichen Kontext dar, in dem soziale Nachteile der Herkunftsfamilie kompensiert werden können (Ottova/Richter 2006, S. 266).

#### *Exkurs: Armut und seelische Belastung*

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys zeigen bei etlichen der untersuchten Problemdimensionen die Wirkung eines sozialen Gradienten. Insbesondere für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten hebt der Bericht hervor, dass Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status häufiger betroffen sind (Ravens-Sieberer u. a. 2007, S. 875). Während Kinder und Jugendliche mit einem hohen sozioökonomischen Status zu 9,7 % „wahrscheinlich“ eine psychische Auffälligkeit zeigen, ist dies bei niedrigem Sozialstatus zu 13,2 % der Fall. Die Problembelastung liegt also um etwa ein Drittel höher. „Hinweise“ auf psychische Auffälligkeiten finden sich sogar bei 18,1 % der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus, gegenüber 7,6 % bei hoher sozioökonomischer Position. Die Risiken in dieser Gruppe sind damit um das 2,4-Fache erhöht. Der niedrige sozioökonomische Status wirkt sich bei allen untersuchten spezifischen psychischen Auffälligkeiten verstärkend aus, bei Ängsten (12,9 % zu 8,0 %), Störungen des Sozialverhaltens (11,3 % zu 5,7 %), Depression (7,3 % zu 3,8 %) und ADHS (3,7 % zu 0,9 %). Seelische Problemlagen sind also keineswegs – wie ein gängiges Vorurteil glaubt – vornehmlich ein Phänomen der Mittel- oder Oberschicht. Der KiGGS zeigt im Gegenteil, dass seelische Belastungen in einem umgekehrt proportionalen Verhältnis zum sozialen Status des Kindes oder Jugendlichen stehen.

Eine aktuelle Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe bestätigt dies eindrucksvoll. Sie hat von 20 an der Studie beteiligten Einrichtungen alle dort untergebrachten Kinder und Jugendlichen untersucht. Von ihnen waren mehr als 80 % klinisch auffällig und 60 % erfüllten die Diagnosekriterien für eine psychische Störung. Mehr als ein Drittel zeigten mehrere psychische Störungen (Schmid 2007, S. 180; GoldbeckFegert 2008). Die in der Kinder- und Jugendhilfe geläufige Annahme, es sei die „harte soziale Wirklichkeit, die die Inanspruchnahme von Heimerziehungen in erster Linie beeinflusst“ (Ames/Bürger 1996, S. 152) muss im Lichte dieser Ergebnisse relativiert werden. Inzwischen stammen drei Viertel der Kinder und Jugendlichen, die eine Fremdunterbringung neu beginnen, aus Ein-Eltern-Familien und Stieffamilien (72,8 %; Statistisches Bundesamt 2007; Menne 2005, S. 356). Sie haben also in der Mehrzahl der Fälle eine Trennung oder Scheidung ihrer Eltern erlebt. Es ist an der Zeit, bei diesen Kindern und Jugendlichen eine „ebenso harte seelische Wirklichkeit“ (Menne 2004a, S. 17) anzuerkennen.

#### **4.3 Inanspruchnahme der Erziehungsberatung auf der Basis der Kinder- und Jugendhilfe-Statistik des Bundes (1993 bis 2006) nach Anlässen**

Die Inanspruchnahme der Erziehungs- und Familienberatung ist im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe-Statistik des Bundes in der Zeit von 1991 bis 2006 an Hand der von den Ratsuchenden selbst benannten Anlässe erfasst worden. Seit 1993 stehen belastbare Daten zur Verfügung (Menne 1997, S. 204f.). Die dabei gewählte Kategorisierung ist für die Erziehungsberatung nicht spezifisch, auch wenn das Erhebungsinstrument nur für diese Hilfe zur Erziehung genutzt worden ist. Die Kategorien sind deshalb kritisch kommentiert worden (Menne 1997, S. 230ff.). Insbesondere lassen die Kategorien der Bundesstatistik nur einen indirekten Bezug zu der Frage zu, ob und in welchem Umfang Erziehungsberatung mit Problemlagen arbeitet, die auch nach dem ICD-10 kodiert werden könnten. Frühere empirische Untersuchungen hatten dagegen körperliche Symptomaten, Auffälligkeiten im Leistungsverhalten, Auffälligkeiten im emotionalen Bereich oder auch spezifischer z. B. psychosomatische Probleme, Aggressivität, Hyperaktivität, oder Ängste und Zwänge unterschieden (Menne 1997, S. 232f.).

Die Anlässe für die Inanspruchnahme der Erziehungsberatung sind in der Bundesstatistik im Wesentlichen durch fünf der zehn zur Verfügung stehenden Kategorien abgebildet worden. Es sind dies:

- Entwicklungsauffälligkeiten,

- Beziehungsprobleme,
- Schul-/Ausbildungsprobleme,
- Trennung/Scheidung der Eltern und
- Sonstige Probleme in und mit der Familie.

Sie schlüsseln mehr als 90 % der 310.561 Fälle des Jahres 2006 auf.

Entwicklungsauffälligkeiten wurden im Jahr 2006 von den Eltern für jedes vierte vorgestellte Kind angegeben. In dieser Kategorie können alle von den Eltern benannten Phänomene zusammengefasst werden, die nicht dem Normalverlauf des kindlichen Entwicklungsprozesses entsprechen. Das können Entwicklungsverzögerungen ebenso sein wie Hinweise auf Hochbegabung, Einnässen oder Einkoten, aber auch Schlafstörungen oder Essstörungen. Über den dokumentierten Zeitraum hin ist der Anteil der Kinder, für die „Entwicklungsauffälligkeiten“ angegeben wurden, von beinahe einem Drittel auf nun 25 % zurückgegangen.

Beziehungsprobleme waren im Jahr 2006 mit 40 % der häufigste Anlass, eine Erziehungsberatungsstelle aufzusuchen. Das Informationsblatt des Statistischen Bundesamtes hat dazu erläutert, dass mit dieser Kategorie drei Dimensionen zugleich erfasst werden sollen: (1) Das Verhältnis des Kindes oder Jugendlichen zu seinen Eltern, (2) das Verhältnis der Eltern zueinander und (3) das Verhältnis des jungen Menschen zur sozialen Umwelt (Menne 1997, S. 234). Hier werden also Aggressivität, Weglaufen oder Stehlen als typisch männliche Beratungsanlässe ebenso erfasst wie Probleme von weiblichen Jugendlichen oder jungen Volljährigen in ihrer eigenen Partnerschaft. Während das Verhältnis der Eltern zueinander auch zu einer Kodierung unter „Sonstige Probleme in und mit der Familie“ geführt haben kann, „Beziehungsprobleme“ bildeten über den gesamten Zeitraum den häufigsten Beratungsanlass.

Schul-/Ausbildungsprobleme wurden von den Eltern für etwa 77.000 Minderjährige angegeben. Das ist etwa jedes vierte in der Erziehungsberatung vorgestellte Kind. Diese Kategorie ist am klarsten von anderen abgegrenzt. Der Anteil aller Kinder und Jugendlichen mit Schul- oder Ausbildungsproblemen ist über die Jahre konstant geblieben. Er entspricht mit 25 % dem Anteil, der in früheren empirischen Untersuchungen für individuell bedingte Lern- und Leistungsschwierigkeiten ausgewiesen worden ist (Menne 1997, S. 232). Allerdings können hier auch Probleme in der Schule, also im sozialen Kontext mit anderen Schülern/Schülerinnen oder Lehrern/Lehrerinnen erfasst worden sein. Jungen sind bei dieser Thematik mit knapp 30 % gegenüber Mädchen mit knapp 20 % überrepräsentiert. Die Unterstützung bei Jungen hat ihren Schwerpunkt im Alter zwischen 6 und 15 Jahren.

Trennung und Scheidung der Eltern wurde bei fast jedem vierten Kind (23,9 %) als Anlass der Beratung benannt. Diese Kategorie kann ebenso eine

erwogene oder beabsichtigte Trennung bzw. Scheidung erfassen wie eine bereits vollzogene Trennung von Partner. In jedem Fall wird die Thematisierung der Trennungssituation durch den Ratsuchenden im Erstgespräch erhoben, nicht eine tatsächlich erfolgte Trennung oder Scheidung. In der Erziehungsberatung ist derzeit etwa jedes zweite Kind von der Trennung oder Scheidung der Eltern betroffen (bke 2001). Der Anteil der Eltern, die diese familiäre Situation bereits im Erstgespräch ansprechen, ist von zunächst 17 % 1993 auf nun 24 % deutlich gestiegen.

Sonstige Probleme in und mit der Familie waren als Restkategorie gedacht. Tatsächlich erfasst diese Kategorie heute jeden fünften Fall. Insbesondere Mehrfachbelastungen wie Erziehungsprobleme in Kombination mit Arbeitslosigkeit, Alkoholmissbrauch oder Verschuldung können hier zugeordnet worden sein. Der Anteil der Kinder, für die dieser Anlass benannt wurde, ist leicht gestiegen.

Tabelle 4: Anlässe der Beratung

	1993		1996		Ver- änderung 1993-2006
	absolut	in %	absolut	in %	in %
Entwicklungsauffälligkeiten	63.629	32,1	78.897	25,4	24,0
Beziehungsprobleme	73.846	37,3	124.517	40,1	68,6
Schul-/ Ausbildungsprobleme	50.535	25,5	77.352	24,9	53,1
Straftat des Jugendlichen/ jungen Volljährigen	5.904	3,0	5.060	1,6	-14,3
Suchtprobleme	4.704	2,4	5.973	1,9	27,0
Anzeichen für Misshandlung	2.317	1,2	4.980	1,6	14,9
Anzeichen für sexuellen Missbrauch	9.416	4,8	9.327	3,0	-0,9
Trennung/Scheidung der Eltern	33.607	17,0	74.097	23,9	120,5
Wohnungsprobleme	3.895	2,0	2.463	0,8	36,8
Sonstige Probleme in und mit der Familie	36.579	18,5	63.452	20,4	73,5
Zusammen	284.432		446.118		56,8

Quelle: Stat. Bundesamt (1995): Statistik der Jugendhilfe Teil I – Institutionelle Beratung 1993, Tab. 4.1;  
Stat. Bundesamt (2007): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Institutionelle Beratung 2006, Tab. 4.1

Die Fälle, bei denen Anzeichen für sexuellen Missbrauch angesprochen worden sind, sind über den dokumentierten Zeitraum in ihrer absoluten Höhe praktisch gleich geblieben. Die Fälle mit Anzeichen für Kindesmisshandlung dagegen haben sich seit 1993 mehr als verdoppelt. Hier schlägt sich wohl eine zunehmende Sensibilisierung der Eltern für eine gewaltfreie Erziehung nieder.

#### 4.4 Inanspruchnahme nach der Statistik der Hilfen zur Erziehung 2007

Zum 1. Januar 2007 ist die Statistik der Hilfen zur Erziehung überarbeitet worden. An die Stelle von bisher vier unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten ist damit ein Erhebungsbogen getreten, der für alle Hilfen zur Erziehung nach §§ 27ff. SGB VIII sowie die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII anzuwenden ist. Dabei werden nicht mehr die von den Ratsuchenden vorgetragenen Anlässe für die Inanspruchnahme der Hilfeleistung erfasst, sondern die Gründe, die aus der Sicht der Fachkräfte die Hilfeleistung rechtfertigen. Wegen des allgemeinen Charakters des Erhebungsinstruments können nicht alle vorgegebenen Gründe für die Leistung Erziehungsberatung spezifisch sein. Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung hat deshalb den Beratungsstellen empfohlen, diejenigen Kategorien, die für die Erziehungs- und Familienberatung vorrangig in Betracht kommen, intern noch einmal zu differenzieren (bke 2006b, S. 7):

Tabelle 5: Gründe für die Hilfestellung

Kategorien der Bundesstatistik	Von der bke empfohlene interne Differenzierung
Unversorgtheit des jungen Menschen z. B. Ausfall der Bezugspersonen wegen Krankheit, stationärer Unterbringung, Inhaftierung, Tod; unbegleitet eingereiste Minderjährige	
Unzureichende Förderung/Betreuung/ Versorgung des jungen Menschen in der Familie z. B. soziale, gesundheitliche, wirtschaftliche Probleme	
Gefährdung des Kindeswohls z. B. Vernachlässigung; körperliche, physische, sexuelle Gewalt in der Familie	Traumatisierung durch körperlichen oder seelischen Gewalt, sexuellen Missbrauch oder anderes Trauma Vernachlässigung/Verwahrlosung z. B. durch Aufwachsen ohne Wertorientierung

Fortsetzung Tabelle 5: Gründe für die Hilfegewährung

Eingeschränkte Erziehungskompetenz der Eltern/Personensorgeberechtigten z. B. <i>Erziehungsunsicherheit, pädagogische Überforderung, unangemessene Verwöhnung</i>	
Belastungen des jungen Menschen durch Problemlagen der Eltern z. B. <i>psychische Erkrankung, Suchtverhalten; geistige oder seelische Behinderung</i>	
Belastungen des jungen Menschen durch familiäre Konflikte z. B. <i>Partnerkonflikte Trennung und Scheidung, Umgangs-/Sorgerechtsstreitigkeiten, Eltern-/Stiefeltern-Kind-Konflikte, migrationsbedingte Konfliktlagen</i>	Schwierige Familiensituation z. B. <i>Multiproblemfamilie, Konflikte zwischen den Eltern Trennung oder Scheidung der Eltern</i> Migrationsbedingte Probleme z. B. <i>Konflikte, die aus dem Leben in zwei Kulturen resultieren</i> Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Kind z. B. <i>Pubertätsprobleme</i>
Auffälligkeiten im sozialen Verhalten (dissoziales Verhalten) des jungen Menschen z. B. <i>Gehemmtheit, Isolation, Geschwisterrivalität, Weglaufen, Drogen-/Alkoholkonsum, Aggressivität, Delinquenz/Straftat</i>	
Entwicklungsauffälligkeiten/seelische Probleme des jungen Menschen z. B. <i>Entwicklungsrückstand, Ängste, Zwänge, selbstverletzendes Verhalten, suizidale Tendenzen</i>	Entwicklungsauffälligkeiten z. B. <i>späte Sprachentwicklung, frühe sexuelle Reife, Hochbegabung</i> Emotionale Probleme z. B. <i>Ängste, Zwänge, Selbstmordgefährdung</i> Körperlich-seelische Auffälligkeiten z. B. <i>Einnässen, Schlafstörungen, Essstörungen</i>
Schulische/berufliche Probleme des jungen Menschen z. B. <i>Schwierigkeiten mit Leistungsanforderungen, Konzentrationsprobleme (ADS, Hyperaktivität), schulvermeidendes Verhalten (Schwänzen), Hochbegabung</i>	

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2007): Statistik der Kinder- und Jugendhilfe Teil I: Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelische behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige, S. 4; bke 2006b, S. 7.



Mit den nun vorliegenden Kategorien der Gründe für die Hilfestellung wird der erzieherische Bedarf, der der Leistungserbringung in der Erziehungsberatung zugrunde liegt, deutlich besser erfasst. Zwar sind auch jetzt nicht alle Kategorien für die Erziehungsberatung spezifisch, dies ist aber auch nicht erforderlich, da die Gründe der Hilfestellung über alle Hilfen zur Erziehung erfasst werden sollen.

## 4.5 Kommentar

Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen lässt sich damit in einer ersten Annäherung als Stärkung der Ressourcen des Kindes und seiner Familie beschreiben. Erziehungsberatung betreibt Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta.

Schnabel (2001, S. 47ff.) skizziert als gesundheitsthematisch bedeutsame Phasen des Lebenszyklus der Familie:

- Paarbildung bzw. Eheschließung,
- Familiengründung,
- Einschulung und Ausbildung der Kinder,
- Auszug der Kinder,
- Ausscheiden aus dem Erwerbsleben,
- Ableben des Ehepartners,
- Altern,

und entwirft darauf bezogene Module der Gesundheitsförderung in der Familie (ebd., S. 213ff.). Erziehungs- und Familienberatung leistet von der Elternschaft bis zur Ablösung der Kinder bezogen auf den jeweiligen Einzelfall Unterstützung bei der Bewältigung dieser Phasen und der konkreten dabei auftretenden Probleme.

Bezogen auf die oben angesprochenen sozialen Determinanten von Gesundheit ist festzustellen, dass Erziehungsberatung vornehmlich in die Lebenswelt Familie interveniert, indem sie Unterstützung leistet

- bei dem Umgang mit Entwicklungsauffälligkeiten von Kindern (25 % der Beratungsanlässe),
- bei Beziehungsproblemen von Kindern zu ihren Eltern und zu anderen Kindern oder Jugendlichen (40 % der Anlässe),
- bei sonstigen Problemen in und mit der Familie (20 % der Anlässe) und
- bei Trennung und Scheidung der Eltern (24 % der Anlässe).

Der zentrale Beitrag der Erziehungsberatung zur Gesundheitsförderung ist die Verbesserung der familialen Kommunikation, die als eine der Determinanten von Gesundheit gilt (Erhart/Ravens-Sieberer 2006, S. 211; Ottova/Richter 2006, S. 262).

Erziehungsberatung trägt darüber hinaus auch zur Bewältigung der *Lebenswelt Schule* durch die Kinder und Jugendlichen bei. Zwar kann sie kaum direkt zur Gestaltung des „Klassenklimas“ als eines die Gesundheit der Kinder beeinflussenden Faktors beitragen. Aber sie kann Kinder und Jugendliche darin unterstützen, dass sie Belastungen, die von Leistungsanforderungen ausgehen, besser bewältigen können und sich ihre schulischen Misserfolge verringern. Jedes Jahr erfahren beinahe 80.000 Kinder und Jugendliche im Kontext Schule und Leistung Unterstützung durch Erziehungsberatung.

Dieser Beitrag der Erziehungs- und Familienberatung zur Bewältigung von Belastungen, die Kinder und Eltern mit der Schule verbinden, wird im Übrigen in der künftigen Bundesstatistik erwartbar nicht mehr in gleicher Weise abgelesen werden können, da dann nicht mehr die *Anlässe* aus der Sicht der Ratsuchenden abgebildet werden, sondern die *von den Fachkräften gesehenen Gründe für die Hilfeleistung, die im Falle von Schulproblemen auch in der Familie oder beim jungen Menschen selbst lokalisiert werden können*.

Die neue Bundesstatistik könnte dennoch – insbesondere wenn die von der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung vorgeschlagene interne Differenzierung genutzt wird – spezifischere Daten für die hier erörterte Themenstellung generieren. Die Kategorie *Entwicklungsauffälligkeiten/seelische Probleme des jungen Menschen* wäre dann in die drei Alternativen (1) Entwicklungsauffälligkeiten, (2) Emotionale Probleme des jungen Menschen und (3) Körperlich-seelische Auffälligkeiten gliedert. Zu erwarten ist, dass „Entwicklungsauffälligkeiten“ und „emotionale Probleme des jungen Menschen“ häufiger als Gründe der Hilfeleistung genannt werden, „körpergebundene Auffälligkeiten“ dagegen seltener. Diese Daten liegen jedoch nur auf örtlicher Ebene vor. Zur näheren Bestimmung der Schnittstelle zwischen Erziehungsberatung und Gesundheitswesen bedarf es allerdings auch dann noch eigener Erhebungen.

Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung hat eine 2007 durchgeführte eigene Erhebung zur Situation der Beratungsstellen genutzt, um erste Daten

- zu gesundheitsbezogenen Anlässen von Einzelberatungen,
- zu gesundheitsbezogenen Themen im Rahmen von Einzelberatungen,
- zur einzelfallbezogenen Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen,
- zu einzelfallübergreifenden Aktivitäten gemeinsam mit dem Gesundheitswesen und zu präventiven Angeboten der Beratungsstellen zur Gesundheitsförderung

zu erfassen. In die Untersuchung waren 1.050 Erziehungs- und Familienberatungsstellen einbezogen. 507 Einrichtungen haben sich beteiligt. Die Rücklaufquote lag bei 48,3 %. Dies ist ein für Erhebungen dieser Art übliches Maß der Beteiligung. Die Daten können nach der Verteilung auf Länder und Trägergruppen Repräsentativität beanspruchen. Sie sind in die weitere Darstellung eingegangen (vgl. bke 2009).

#### **4.6 Empirische Untersuchung von gesundheitsbezogenen Anlässen im Jahr 2007**

Die Erfassung gesundheitsbezogener Anlässe im Rahmen der Erziehungsberatung bedarf einer spezifischeren Kategorisierung, als sie die derzeit verwandten Instrumente bieten. Im Anschluss an Aggleton und Homans (1987) sowie Ewles und Simnett (1999) werden heute als Dimensionen der Gesundheit unterschieden:

- Physische Gesundheit,
- Psychische Gesundheit,
- Soziale Gesundheit,
- Sexuelle Gesundheit,
- Spirituelle Gesundheit,
- Emotionale Gesundheit.

Der Gesundheitsbegriff ist damit so breit angelegt, dass alle Aktivitäten der Erziehungsberatung auf Gesundheit bezogen erscheinen können (vgl. oben). Um die Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe, respektive Erziehungsberatung, und Gesundheitswesen präziser zu bestimmen, wurde in der Erhebung der Bundeskonferenz Erziehungsberatung (bke 2009) auf einen Zusammenhang mit körperlicher und psychischer Gesundheit abgestellt.

Als mögliche gesundheitsbezogene Anlässe von Beratung erscheinen dann:

- Regulationsstörung bei Säuglingen und Kleinkindern,
- Einnässen; Einkoten,
- Essstörungen,
- ADHS,
- Psychosomatische Probleme,
- Folgen chronischer Krankheiten,
- Rauchen; Alkohol, Drogen,
- Autoaggressives Verhalten und

■ Seelische Behinderung.

Mit dieser Operationalisierung sollte sichergestellt werden, dass vergleichsweise „objektive“ Indikatoren der Einschätzung der Fachkräfte zugrunde liegen.

Eine zweite Schnittstelle zwischen Erziehungsberatung und Gesundheitswesen ergibt sich, wenn seelische Problemlagen auf einem Kontinuum von „normal“ bis „krank“ aufgetragen werden. Es sind dann Belastungen im Rahmen des Entwicklungsverlaufs des jungen Menschen und Störungen von Krankheitswert zu unterscheiden. „Psychische Störungen“ bzw. „Psychische Störungen mit Krankheitswert“ oder klinische Kategorien wie „depressive Reaktion“, „Suizidalität“ oder „Phobie“ wurden jedoch nicht erfragt. Denn der Begriff der psychischen Störung ist als solcher zu ungenau und bedürfte für eine Erhebung einer eigenen Operationalisierung. Eine Eingrenzung auf psychische Störungen mit Krankheitswert setzt einerseits eine (nicht immer) gegebene klare Abgrenzung krankheitswertiger und im Normalitätsbereich verbleibender psychischer Problemlagen voraus und erforderte andererseits eine entsprechende diagnostische Praxis, die in der Erziehungsberatung nicht etabliert ist. Mögliche Ergebnisse einer Erhebung könnten daher kaum interpretiert werden (vgl. Kapitel 5).

Da für die gewählten Anlässe nicht von einer regelmäßigen Anwendung der Kategorien in den Erziehungs- und Familienberatungsstellen ausgegangen werden konnte, wurde gebeten, die entsprechenden Fallzahlen der Beratungsstelle in Zehner-Intervallen zu schätzen. Einrichtungen, die Anlässe selbst erhoben hatten, konnten ihre konkreten Ergebnisse angeben. Die Einrichtungen haben die Möglichkeit, ihre Erfahrungen den vorgegebenen Kategorien zuzuordnen, in hohem Maße genutzt. Bei den Kategorien „ADHS“ und „Psychosomatische Probleme“ machten nur knapp 3 % der Beratungsstellen keine Angaben. Zu „Regulationsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern“ und „Folgen chronischer Erkrankungen“ wurden dagegen von etwa jeder fünften Beratungsstelle (21,8 %) keine Angaben gemacht. Hervorzuheben ist, dass für die Mehrzahl der Anlässe von 20 bis 25 % der Beratungsstellen selbst erhobene Daten angegeben wurden. Dies konnte zur Absicherung der ansonsten angegebenen Schätzwerte genutzt werden. Aus beiden Datensätzen wurde (mit einer konservativen Abschätzung) die durchschnittliche Fallzahl je Beratungsstelle errechnet, so dass je erhobenem Beratungsanlass die Zahl der im Jahr 2007 mindestens in den Erziehungs- und Familienberatungsstellen vorgestellten Kinder oder Jugendlichen mit diesen Problemlagen hochgerechnet werden konnten.

Unter den gesundheitsbezogenen Anlässen wird ADHS mit weitem Abstand am häufigsten als Anlass einer Beratung in der Erziehungs- und Familienberatung benannt. 2007 wurden mindestens 27.000 Kinder und Jugendliche

mit Hinweisen auf ADHS vorgestellt. Damit entfallen 25 % aller hier erhobenen „gesundheitsbezogenen Anlässe“ auf diese Problemlage.

*Psychosomatische Probleme* (in der Erhebung operationalisiert als z. B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen) wurden in vergleichbarer Häufigkeit benannt. 2007 wurden danach mindestens 18.500 Kinder und Jugendliche mit psychosomatischen Problemen in der Erziehungsberatung vorgestellt. Das sind 17 % der gesundheitsbezogenen Anlässe. Für diese beiden erstgenannten Anlässe ist kennzeichnend, dass mehr als 10 % der Beratungsstellen mehr als 30 Kinder und Jugendlichen mit solchen Symptomatiken gesehen haben.

Es folgen mit jeweils etwa 10 %: *Autoaggressives Verhalten*, also selbstverletzendes Verhalten und suizidale Tendenzen, das bei mindestens 12.000 (Kindern und) Jugendlichen Anlass für eine Beratung war, und Einnässen; Einkoten, das für die Eltern von mindestens 11.000 Kindern Anlass zum Aufsuchen der Beratungsstelle war.

Jeweils mindestens 9.000 Kinder und/oder Jugendliche wurden im Jahr 2007 aus Anlass von *Essstörungen* und wegen *Rauchen, Alkohol; Drogen* bzw. *seelischer Behinderung* (mindestens 8.000 Fälle) in den Beratungsstellen vorgestellt. Das entspricht jeweils 8% aller gesundheitsbezogenen Anlässe.

Von *Regulationsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern* und von den Folgen *chronischer Erkrankungen* wie z.B. Asthma, Neurodermitis oder Diabetes waren die wenigsten Kinder und Jugendlichen, aber dennoch mindestens jeweils 6.000, betroffen. Das entspricht 6 % der erhobenen Anlässe.

Die auf der Grundlage der Erhebung geschätzten absoluten Zahlen je Beratungsanlass können nicht zu einer Gesamtsumme addiert werden, da für ein Kind auch zugleich eine zweite Thematik Anlass des Beratungsgesprächs gewesen sein kann. (Ebenso sind in die oben dargestellten Daten des KiGGS Komorbiditäten eingegangen. Die im KiGGS angegebenen Prozentwerte stellen daher die Belastung eines Bevölkerungsanteils mit einem abgegrenzten gesundheitlichen Problem dar). Nach den Erfahrungen der Bundesstatistik wurden von den Beratungsfachkräften je vorgestelltem Kind im Durchschnitt 1,5 Beratungsanlässe kodiert. Danach kann davon ausgegangen werden, dass im Jahr 2007 mindestens etwa 70.000 Kinder und Jugendliche mit gesundheitsbezogenen Anlässen in der Erziehungs- und Familienberatung vorgestellt worden sind.

Die erhobenen Beratungsanlässe könnten grundsätzlich – wenn auch nicht eindeutig – den im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys untersuchten Problemdimensionen zugeordnet werden. Allerdings muss dabei offen bleiben, ob in der Erziehungsberatung die Störungen der betreuten Minderjährigen im Sinne des KiGGS bereits als „auffällig“ oder noch als „grenzwertig“ bzw. (im Sinne der BELLA-Studie) als „Hinweise auf Auffälligkeiten“ einzuschätzen sind.

Tabelle 5: Gesundheitsbezogene Anlässe von Einzelberatungen

	Durchschnittliche Zahl der Fälle je Beratungsstelle <sup>1</sup>	Durchschnittliche Zahl der Fälle je Beratungsstelle	Mindestzahl der Fälle im Jahr 2007	Prozentwerte
ADHS	26,9	26,2	27.000	25
Psychosomatische Probleme	18,5	18,0	18.500	17
Autoaggressives Verhalten	12,2	11,7	12.000	11
Einnässen/Einkoten	11,2	10,7	11.000	10
Essstörungen	9,5	9,0	9.000	8
Rauchen, Alkohol, Drogen	10,1	8,9	9.000	8
Seelische Behinderung	9,7	8,0	8.000	8
Regulationsstörungen	7,9	6,2	6.000	6
Folgen chronischer Erkrankung	7,8	6,1	6.000	6

Quelle: bke 2009, Menne 2009, S. 33

## 5 Die ICD-10-Kategorisierbarkeit von Problemen in der Erziehungsberatung

Die Untersuchung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung hat sich auf etliche Anlässe bezogen, die auch in Kategorien des ICD-10 darstellbar sind. Dies gilt z.B. für ADHS, Einnässen, Einkoten und Essstörungen. Aber dies gilt über die körpergebundenen Probleme hinaus auch für seelische Problemlagen und soziale Verhaltensauffälligkeiten. Die Bundesjugendhilfestatistik zu den Hilfen zur Erziehung kategorisiert die Gründe der Hilfgewährung z.B. als Auffälligkeiten im sozialen Verhalten des jungen Menschen und als Entwicklungsauffälligkeiten/seelische Probleme des jungen Menschen. Auch sie können mit Hilfe des ICD-10 beschrieben werden. Damit stellt sich die Frage einer ICD-10-Kategorisierbarkeit nicht nur für die Erziehungsberatung, für die solche Gründe typisch sind, sondern für die Hilfen zur Erziehung allgemein. Während für andere Hilfen zur Erziehung ihr sozialpädagogischer Charakter nicht in Frage steht, legt die Anwendung psychotherapeutischer Methoden in der Erziehungsberatung die Frage nahe, ob es sich bei der erbrachten Leistung

<sup>1</sup> Inklusive der erhobenen und geschätzten Angaben

nicht womöglich um eine Krankenbehandlung gehandelt hat. Im Weiteren wird dargelegt worin der Unterschied zur Krankenbehandlung bei der Arbeit mit diesen Kindern und ihren Familien in der Erziehungsberatung liegt

## 5.1 Krankheit und erzieherischer Bedarf

Die ICD-10 ermöglicht die Klassifikation einer Vielzahl von Problemen und Störungen, die im Kindes- und Jugendalter auftreten können. Dies sind:

- Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09).
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F00-F09).
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29).
- Affektive Störungen (F30-F39).
- Neurotische-, Belastungs- und somatische Störungen (F40-F48).
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59).
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69).
- Intelligenzminderung (F70-F79).
- Entwicklungsstörungen (F80-F89).
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98).

Die standardisierte Klassifikation dieser Störungen vereinfacht die Kommunikation über gestellte Diagnosen, z. B. bei Überweisungen und Konsultationen oder im internationalen Austausch. Mit den Diagnosen korrespondiert auch eine Verständigung über die jeweils angemessene Behandlung. Ihr Ausgangspunkt sind genau beschriebene Merkmale des Erlebens und Verhaltens des Kindes oder Jugendlichen, die entsprechend diagnostischer Kriterien einer Kategorie des ICD-10 zugeordnet werden: Denn „auch für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher gilt der alte ärztliche Grundsatz, dass vor jeder Therapie und Intervention eine sorgfältige Diagnostik durchgeführt werden muss“ (Remschmidt 1995b, S. 90).

Probleme des Kindes- und Jugendalters beschäftigen ebenfalls die Kinder- und Jugendhilfe. In der auch für die Erziehungsberatung verbindlichen Bundesstatistik der erzieherischen Hilfen, werden als Gründe der Hilfestellung u. a. folgende Störungen genannt:

- *Auffälligkeiten im sozialen Verhalten (dissoziales Verhalten) des jungen Menschen:* (z. B. Gehemmtheit, Isolation, Geschwisterrivalität,

Weglaufen, Aggressivität, Drogenkonsum, Alkoholkonsum, Delinquenz, Straftat). Dies beinhaltet z. B. Diagnosen aus dem Bereich F91 (Störungen des Sozialverhaltens), F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen).

- *Entwicklungsauffälligkeiten/seelische Probleme des jungen Menschen:* (z. B. Entwicklungsrückstand, Ängste, Zwänge, selbst verletzendes Verhalten, suizidale Tendenzen). Dies beinhaltet z. B. Diagnosen aus dem Bereich F40 (phobische Störung), F21 (Zwangsstörung), F93 (emotionale Störungen des Kindesalters).
- *Schulische/berufliche Probleme des jungen Menschen:* (z. B. Schwierigkeiten mit Leistungsanforderungen, Konzentrationsprobleme (ADS, Hyperaktivität), schulvermeidendes Verhalten, Hochbegabung). Dies beinhaltet z. B. Diagnosen aus dem Bereich F81 (umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten); F90 (hyperkinetische Störungen).

Es wird deutlich, dass es hier wesentliche Überlappungen zu den Kategorien des ICD-10 gibt. Die Erhebung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung hat zudem gezeigt, dass sich Eltern häufig auch bei Problemen, die einen deutlichen körperlichen Bezug haben, für eine Anmeldung in der Erziehungsberatung entscheiden (Regulationsstörung bei Säuglingen und Kleinkindern, Einnässen, Einkoten, Essstörungen, ADHS, psychosomatische Probleme, Folgen chronischer Krankheiten, Rauchen; Alkohol, Drogen, autoaggressives Verhalten). Dies bedeutet, dass die Kinder- Jugendhilfe im Allgemeinen und die Erziehungsberatung im Besonderen auch mit Kindern und Jugendlichen befasst ist, deren Erleben und Verhalten auch in Kategorien des ICD-10 beschrieben werden kann. Es kann angenommen werden, dass sie dies in erheblichen Umfang tut – schon allein deshalb, weil im ICD-10 ein sehr breites Spektrum kindlicher Störungen abgebildet werden kann. So kann z. B. „häufiges Draußen bleiben nach Einbruch der Dunkelheit, entgegen dem Verbot der Eltern“ (zusammen mit anderen Verhaltensweisen) die Diagnose „F91.3: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten“ begründen. Ein solches „Draußen bleiben nach Einbruch der Dunkelheit“ kann aber ebenso als Ausdruck eines Erziehungsproblems gesehen werden.

Bezugspunkt der Kinder- und Jugendhilfe ist aber im Unterschied zum Gesundheitswesen nicht die Krankheit eines Kindes- oder Jugendlichen (bzw. die Abweichung vom Gesundheitszustand), sondern das Vorliegen eines erzieherischen Bedarfs: Eltern erhalten erzieherische Hilfen, wenn eine dem Wohle des Kindes entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist (§ 27 Abs. 1 SGB VIII). Dabei geht es um Situationen, in denen Eltern den Anforderungen, die durch die Existenz, die Entwicklung oder spezifische Probleme des Kindes oder Jugendlichen an sie gestellt werden, nicht (mehr)



gewachsen sind. In den Kategorien der „Gründe der Hilfestellung“ der Bundesjugendhilfestatistik kann das z. B. bedeuten:

- Das Kind stiehlt. Die Eltern haben es mit Ermahnungen, Strafen und Appellen an die Einsicht versucht. Sie wissen nun aber nicht mehr weiter, weil das Stehlen nicht aufhört, sondern schlimmer wird. Als Grund der Hilfestellung trifft hier zu: Auffälligkeiten im sozialen Verhalten (dissoziales Verhalten) des jungen Menschen.
- Das Kind zieht sich mehr und mehr zurück und spricht manchmal davon, nicht mehr leben zu wollen. Die Eltern haben versucht, Ursachen dafür zu finden, geraten aber immer wieder an Punkte, an denen sie selbst in tiefe Verzweiflung fallen, weil ihr erstes Kind tot geboren wurde und sie diesen Verlust noch nicht verarbeitet haben. Als Grund der Hilfestellung trifft hier zu: Entwicklungsauffälligkeiten/seelische Probleme des jungen Menschen.

Es wird deutlich, dass sich der Blick der Kinder- und Jugendhilfe nicht primär auf Merkmale des Kindes oder Jugendlichen richtet, sondern auf die Interaktion zwischen Eltern und Heranwachsendem. Sie stellt die Frage, ob und wie es den Eltern gelingt, die Herausforderungen durch Störungen, Krisen und Entwicklungsprobleme aufzunehmen und dabei eine gedeihliche Entwicklung des Kindes zu gewährleisten. Kinder können demzufolge durchaus schwere Probleme haben, ohne dass ein erzieherischer Bedarf entsteht (wenn ihre Eltern gut und angemessen damit umgehen); umgekehrt kann erzieherischer Bedarf auch durch ein vergleichsweise geringfügiges Entwicklungsproblem ausgelöst werden, wenn es die Eltern überfordert.

Wenn also die Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendhilfeleistungen von kindlichen Problemen ausgelöst wird, die auch mittels des ICD-10 erfassbar wären, geht die Kinder- und Jugendhilfe in einer eigenständigen und von der Gesundheitshilfe klar unterscheidbaren Art und Weise damit um<sup>2</sup>. Sie zielt

<sup>2</sup> Vor diesem Hintergrund ist auch die „Nachrangigkeit“ der Kinder- und Jugendhilfe als Strukturprinzip der öffentlichen Fürsorge (§ 10 SGB VIII) zu sehen. Nachrang bedeutet, dass Leistungen anderer Gesetzbücher auch dann zu gewähren sind, wenn in der Kinder- und Jugendhilfe eine ähnliche Leistung gewährt werden könnte: Leistungen dürfen von den Trägern anderer Sozialleistungen nicht mit dem Hinweis verweigert werden, die Kinder- und Jugendhilfe könne sie ebenfalls erbringen (vgl. Münder u. a. 2006, § 10, Rn. 2; Hauck u. a. 2002, § 10 Rn 13, 14; Schellhorn u. a. 2007, § 10 Rn 5ff.; Wiesner 2006, § 10 Rn 20 - 23). Nachrang bedeutet aber nicht, dass Kinder- und Jugendhilfeleistungen automatisch gewährt werden müssen, weil andere Träger eine Leistung abgelehnt haben, z.B. weil das Kind als „therapieunfähig“ angesehen wird. Vielmehr ist die Kinder- und Jugendhilfe verpflichtet und berechtigt, ausgehend von eigenen Maßstäben über die Gewährung von Leistungen zu entscheiden (Wiesner 2006, § 10 Rn 8). Sie muss also eruieren, ob die „Psychotherapieunfähigkeit“ des Kindes ein Indikator für einen erzieherischen Bedarf ist – z. B. für die (interaktionelle) Schwierigkeit, das Kind zur regelmäßigen Wahrnehmung von Terminen zu motivieren). Zudem stellt sich die Frage der

nicht auf die Behandlung einer Krankheit, sondern ist am Erziehungsprozess ausgerichtet und fördert die Entwicklung des Kindes durch Förderung der Eltern-Kind-Interaktion. „Hilfe zur Erziehung knüpft an die Interaktion zwischen Eltern und Kind an. Sie richtet sich auf den Erziehungsprozess und will seine Gestaltung verbessern. Der Bedarf von Hilfe wird primär an der Erziehungskompetenz der Eltern und dem Erziehungsbedarf des Kindes, der Differenz zwischen den Bedürfnissen des Kindes und dem Potenzial der Eltern fest gemacht. Die Auswahl der Hilfe richtet sich nach den Chancen der Beeinflussbarkeit und damit Verbesserungsfähigkeit des elterlichen Verhaltens“ (Wiesner 2005, S.37). Erziehungsberatung blickt also sozusagen durch die Störung des Kindes hindurch auf den dadurch ausgelösten erzieherischen Bedarf und setzt an einem interaktionellen Phänomen an.

## 5.2 Diagnostik in der Erziehungsberatung

Erziehungsberatungsstellen haben in den 1970er Jahren des letzten Jahrhunderts bei den ihnen vorgestellten Kindern und Jugendlichen eine ausführliche Diagnostik betrieben nach dem oben zitierten Grundsatz, dass eine sorgfältige Diagnostik jeder Intervention vorausgehen müsse. Ihre Möglichkeiten zur therapeutischen Einwirkung waren damals noch ausgesprochen begrenzt. Dies hat sich in dem Maße verändert, in dem Erziehungsberatungsstellen über die neu aufkommenden psychotherapeutischen Methoden – von der Verhaltenstherapie bis hin zur Familientherapie – verfügen konnten. Entsprechend ist die konkrete Arbeit mit den Familien in den Vordergrund getreten. In der Anwendung ihrer therapeutischen Möglichkeiten hat sich eine eigene von den therapeutischen Schulen abgelöste Praxis entwickelt, die als ein den „postmodernen Berater“ kennzeichnender Eklektizismus beschrieben worden ist (Kurz-Adam 1997, S. 212). Der postmoderne Berater wählt aus den ihm zur Verfügung stehenden Methoden diejenige Intervention aus, die in der konkreten Situation den größten Erfolg verspricht (bke 2005a, S. 8). Fragen der Diagnostik sind dabei tendenziell in den Hintergrund getreten. Erst neuerdings artikuliert sich das Bedürfnis, eine ihrer Praxis angemessene Diagnostik der Erziehungsberatung auszuformulieren (Wahlen 2006).

Wenn der Gegenstand der Kinder- und Jugendhilfe interaktionelle Phänomene sind, muss ihre Diagnostik in der Lage sein, diese Interaktion abzubilden. Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe stellt also sowohl die Erlebens- und Verhaltensweisen der Kindes, das Erziehungsverhalten der

<sup>2</sup> Fortsetzung: Nachrangigkeit nur bei kongruenten oder vergleichbaren Leistungen und nicht, wenn sich die Kinder- und Jugendhilfeleistungen deutlich von denen des Gesundheitssystems unterscheiden (Mrozynski 2004, § 10 Rn 17; Wiesner 2006, § 10 Rn 8).

Eltern als auch deren Zusammenspiel dar. Zudem ist sie daran ausgerichtet, möglichst früh Anknüpfungspunkte für Veränderung und Verbesserung zu finden. Klassifikatorische Gesichtspunkte spielen nur soweit eine Rolle, wie sie bedeutsam für die Interventionsplanung sind.

Jacob und Wahlen (2006) haben aus den Erfahrungen der Erziehungsberatung heraus mit dem Multiaxialen Diagnosesystem Jugendhilfe (MAD-J) ein strukturiertes Instrumentarium entwickelt, mit dessen Hilfe die Situation des Kindes auf fünf Achsen dargestellt werden kann:

- I. Klinisch-psychologische Individualdiagnose des Kindes,
- II. Erziehung und deren Bedingungen,
- III. Medizinische Individualdiagnose des Kindes,
- IV. Psychosoziale Stressoren und Belastung,
- V. Psychisches Funktionsniveau des Kindes.

Das MAD-J ermöglicht es, die unterschiedlichen diagnostischen Dimensionen objektiviert darzustellen und zur Handlungsplanung zu nutzen. Es ist auf die Bedürfnisse der Kinder- und Jugendhilfe zugeschnitten und darauf ausgerichtet, eine differenzierte diagnostische Grundlage für die Hilfeplanung zu schaffen. Aufgrund seiner Ausführlichkeit ist es dazu prädestiniert, bei langfristigen und kostenintensiven Hilfen zur Erziehung angewendet zu werden. Für die Erziehungsberatung, die mit knappen Zeitressourcen umgehen muss, empfiehlt sich eine in den Beratungsprozess eingebettete Diagnostik.

Dies korrespondiert mit dem interaktionellen Bezug erziehungsberaterischer Diagnostik. Kindliche Störungen werden im Kontext familiären Interaktion – vor allem der Eltern-Kind-Interaktion – gesehen. Dies liegt auf der Hand, wenn familiäre Spannungen bereits Anmeldegrund sind. Es ist aber ebenso bedeutsam, wenn ein zunächst eindeutig beim Kind lokalisiertes Verhalten zur Anmeldung geführt hat, denn der Blick auf die Eltern-Kind-Interaktion negiert nicht das Vorhandensein spezifischer kindlicher Merkmale, sondern nimmt diese in ihrer Bezogenheit wahr: Das Kind entwickelt sich in einem familiären und außerfamiliären Sozialisationssystem, das sowohl die Entfaltung seiner Begabungen als auch seinen Umgang mit Defiziten beeinflusst. Elterliches Erziehungs- und Beziehungsverhalten wirkt nicht unmittelbar auf das Kind ein, sondern beeinflusst die Ausprägung dessen, was das Kind ins Leben mitgebracht und bisher entwickelt hat. Ebenso hat das Kind durch seine Existenz und seine individuellen Besonderheit Auswirkungen auf Mutter, Vater, Elternpaar und Geschwister.

Treten nun beim Kind Störungen auf, haben diese nicht nur Relevanz für seine individuelle Persönlichkeit, sondern sagen auch etwas aus über sein familiäres System. Begeht ein zwölfjähriges Kind regelmäßige Diebstähle, bedeutet es, dass es entweder die gesellschaftlichen Regeln noch nicht internalisiert hat oder bewusst dagegen verstößt. Gleichzeitig macht es deutlich,

dass seine Eltern nicht in der Lage sind, hier korrigierend einzugreifen, sondern möglicherweise durch unangemessenes Erziehungsverhalten das Problem weiter verschlimmern. Klare Aussagen über Kausalitäten sind hier kaum zu treffen. So gibt es häufig in Zusammenhang mit persistierendem Einnässen starke familiäre Spannungen. Manchmal ist anamnestisch nachvollziehbar, dass das Einnässen im Zuge einer schweren familiären Problemlage begonnen hat, es erscheint somit als Überforderungsreaktion des Kindes. Andererseits hat das Einnässen Auswirkungen auf das Familiensystem, ist häufig mit ritualisierten Auseinandersetzungen verbunden und vermittelt Eltern und Kind kontinuierliche Misserfolgserfahrungen. Dies führt dazu, dass ein Problemkonglomerat entsteht, in dem eindeutige Ursache-Wirkungszusammenhänge nicht mehr erkennbar sind.

Gleichwohl gibt es in der Erziehungsberatung Situationen, in denen es erforderlich ist, mittels wissenschaftlich fundierter Testverfahren diagnostische Aussagen zu machen, zum Beispiel um die Begabungsstruktur eines Kindes im Vergleich zu seiner Altersgruppe darzustellen und dabei sowohl Ressourcen als auch Förderungsnotwendigkeiten aufzuzeigen. Der Einsatz solcher Verfahren erfolgt jedoch niemals isoliert, sondern ist in ein ganzheitliches und entwicklungsorientiertes Beratungskonzept eingebunden. Scheuerer-Englisch und Kollegen. geben eine Übersicht über die Testinstrumente, über die eine Erziehungsberatungsstelle heute verfügen sollte (Scheuerer-Englisch u. a. 2008).

Erziehungsberaterische Diagnostik bleibt nicht bei der Beschreibung des Problemsystems stehen, sondern sucht bereits frühzeitig Anknüpfungspunkte für Veränderung. Sie fragt danach, wie Eltern wieder in die Lage kommen können, angemessen die Entwicklung ihres Kindes erzieherisch zu begleiten und zu fördern – auch in Situationen, in denen das Kind Probleme hat und Schwierigkeiten macht. Hierbei ist es wichtig, die Ressourcen des Kindes, der Eltern und des familiären Systems in den Blick zu bekommen. Häufig ist dazu eine aktive Umfokussierung erforderlich, weil gehäufte Misserfolgeserlebnisse zur Defizitfixierung verleiten. Gerade in schwierigen Situationen ist es dagegen hilfreich, den Blick auf die Unterstützung der Potenziale der Familie zu richten, um die Spirale der Hoffnungslosigkeit zu unterbrechen (Conen 2006). In diesem Sinne handelt es sich bei Diagnosen im Rahmen der Erziehungsberatung nicht um kategorisierende, sondern um „befreiende Diagnosen“, die bereits Anknüpfungspunkte für die Auflösung rigider und festgefahrener Problemsysteme aufzeigen (Gerth 2001).

Am Beispiel der ICD-10-Diagnose „F91.3: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten“ kann dieses Vorgehen verdeutlicht werden. Das „häufige Draußen bleiben nach Einbruch der Dunkelheit, entgegen dem Verbot der Eltern“ kann von der Beratungsfachkraft als mutiges Verhalten des Kindes konnotiert werden, das sich zutraut, in einer nicht ungefährlichen Situation alleine bestehen zu können. Darüber hinaus zeigt es die

Fähigkeit zu innerer Steuerung, weil es sich durch äußere Einflüsse nicht ohne weiteres von seinem Verhalten abbringen lässt. Mit seiner Beharrlichkeit fordert es aber gleichzeitig die Eltern zu erzieherischer Klarheit heraus und bringt sie dazu, ihre Elternrolle klar und dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechend einzunehmen.

Eine solche diagnostische Beschreibung der Problemsituation beschönigt das Verhalten des Kindes in keiner Weise. Sie negiert auch nicht die potenzielle Gefährlichkeit. Aber sie verwendet eine Sprache, die sowohl das Kind als auch seine Eltern in ihren Ressourcen und ihrer Verantwortung bestärkt, statt sie niederzudrücken. So wird schon in der Diagnose die Veränderung des Familiensystems eingeleitet. Die Diagnose „befreit“ zu neuem Handeln, des Kindes wie seiner Eltern. Damit wird nicht eigentlich ein „neuer“ Diagnosebegriff eingeführt als vielmehr dem Sinn des Wortes Rechnung getragen: „Diagnosis ist im Griechischen die Unterscheidung, die Entscheidung und die dadurch (dia) gemachte Erkenntnis (gnosis) bzw. das dadurch zustande kommende Wollen. Die Problemlösung gelingt, wenn in der Beschreibung der Gegebenheiten genau die Unterschiede gemacht werden, die den Zielzustand ermöglichen“ (Wahlen 2006, S. 38).

Die Betrachtungsweise bestimmt also die diagnostischen Wirklichkeitsbeschreibungen, die immer an die Wirklichkeitskonstruktionen des Beobachters gebunden sind. Dessen Perspektive determiniert, ob (in ein und derselben Situation) primär kindliche Defizite, ineffiziente Eltern-Kind-Systeme oder Entwicklungspotenziale eines krisenhaften Systems gesehen werden.

### **5.3 Unterstützungsmöglichkeiten der Erziehungsberatung im Kontext von Krankheit**

Aus der erziehungsberaterischen Diagnostik resultieren Interventionen, die daran ausgerichtet sind, sowohl das Umfeld des Kindes in die Lage zu versetzen, adäquat mit ihm umzugehen als auch einem individuellen Förderungs- und Entwicklungsbedarf Rechnung zu tragen. Dabei wird auf unterschiedlichen Ebenen angesetzt, um Konflikte zu lösen und Entwicklungsimpulse zu geben. Diese Vorgehensweise ist charakteristisch für den kinder- und jugendhilfespezifischen Ansatz der Erziehungsberatung, der durch die Vielfalt der Methoden und den Blick auf das soziale Beziehungssystem des Kindes gekennzeichnet ist.

Dieser Ansatz kommt auch in der Arbeit mit Familien mit kranken Eltern oder Kindern zum Tragen. Erziehungsberatung richtet sich zudem an Familien mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen, die nicht als Er-

krankungen diagnostiziert sind, zu deren Bewältigung aber gleichwohl der Einsatz psychotherapeutischer Interventionen erforderlich ist.

#### *Psychisch kranke Eltern*

Eine besondere Herausforderung stellt die Arbeit mit Familien dar, in denen der Vater oder die Mutter psychisch erkrankt ist. Dies stellt eine besondere Belastung für alle Beteiligten dar. Abhängig von der Art und dem Zeitpunkt der Erkrankung hat sich die Rolle des betroffenen Elternteils verändert. Auch die Partnerschaft und die gemeinsame Erziehungsverantwortung sind betroffen. Insbesondere, wenn die Erkrankung neu aufgetreten ist, bedeutet sie für die Kinder eine mehrfache Herausforderung. Zunächst muss bewältigt werden, dass sich der vertraute Elternteil verändert und ungewohntes, manchmal auch seltsam anmutendes Verhalten zeigt. Konnte das Kind sich bisher auf eine einigermaßen konsistente Erziehungshaltung einstellen, erlebt es nun mitunter Sprunghaftigkeit, die verwirrt statt Orientierung und Halt zu geben. Auch die Beziehung kann inkonsistenter und schwankend werden, eine stabile und durch Konflikte belastbare Bindung wird dadurch erschwert. Hinzu kommt die Frage, wie mit dem Faktum der Erkrankung gegenüber der Außenwelt umgegangen wird: Darf ich erzählen, dass meine Mutter manchmal tagelang kaum aus dem Bett herauskommt? Darf ich zu solchen Zeiten andere Kinder einladen? Bei älteren Kindern und Jugendlichen ergeben sich auch Fragen bezüglich der eigenen Vulnerabilität, bekommen Fragen der Ähnlichkeit mit dem erkrankten Elternteil einen beunruhigenden Akzent.

Erziehungsberatung kann Familien in dieser komplexen Situation wirksam unterstützen. Zunächst brauchen Kinder häufig Hilfe bei der Verarbeitung der Situation. Mancherorts gibt es neben der Einzelberatung auch entsprechende Gruppenangebote, die den Kindern und Jugendlichen ermöglichen, sich mit Anderen auszutauschen, die in einer ähnlichen Lage sind. Dies ist nicht nur wichtig in Hinblick auf die Übernahme erfolgreicher Verarbeitungsmuster, sondern ermöglicht auch Solidarisierung und vermittelt die Gewissheit, nicht allein in einer solchen Lage zu sein.

Der erkrankte Elternteil bekommt (im günstigen Fall) im Rahmen der Krankenbehandlung therapeutische Unterstützung, die über die Medikation hinausgeht und eine Auseinandersetzung mit sich selbst und der Erkrankung ermöglicht. Aber gerade in intensiveren Psychotherapien werden Erziehungsfragen häufig ausgeblendet, gelten mitunter sogar als störend, weil sie als aktuelle Ereignisse vom angenommenen Kern der Problematik ablenken. Doch benötigen erkrankte Väter oder Mütter in der Regel intensive Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgabe – in Auseinandersetzung mit den Einschränkungen, mit denen sie zu kämpfen haben. Erziehungsberatung hilft dann dabei, trotz Erkrankung eine gemeinsame Erziehungshaltung zu finden, in der auch der erkrankte Elternteil Verantwortung

trägt. Hierzu ist es oft nötig, den nicht erkrankten Elternteil bei der Entwicklung einer neuen Haltung zum Partner/zur Partnerin anzuregen und zu unterstützen. Dies betrifft sowohl die Auseinandersetzung mit der Krankheit als auch die Weiterentwicklung der Partnerschaft in Hinblick auf die neue Situation.

Und schließlich gibt es auch in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil ganz normale Entwicklungsaufgaben, Erziehungsprobleme und altersspezifische Konflikte. Erziehungsberaterische Arbeit beinhaltet in diesem Kontext auch, zu verhindern, dass sich das familiäre System zu stark an der Erkrankung fokussiert ausrichtet. Dies würde den betroffenen Elternteil in eine Außenseiter- bzw. Patientenrolle drängen und ihn seiner elterlichen Funktion entkleiden.

#### *Suchtkranke Eltern*

Die Situation von Kindern suchtkranker Eltern ist besonders dramatisch, wenn dem betroffenen Elternteil Krankheitseinsicht fehlt und eine adäquate Behandlung verweigert wird. Hierbei sind Problemkonstellationen, in denen der betroffene Elternteil eher apathisch und unerreichbar ist, von solchen zu unterscheiden, in denen es Unberechenbarkeiten, Eskalationen und möglicherweise auch Gewalt gibt.

Kommen solche Familien zur Erziehungsberatung, hat meist der nicht-süchtige Elternteil die Initiative ergriffen. Die Suchterkrankung selbst ist dabei selten primärer Anmeldegrund, häufiger geht es zunächst um unspezifische Erziehungsprobleme, Verhaltensauffälligkeiten oder schulische Probleme der Kinder und um familiäre Konflikte. Vielfältig ist auch die Art und Weise, wie die Suchterkrankung angesprochen wird: Manchmal wird das Problem bereits im Erstgespräch benannt, in anderen Situationen gibt es immer wieder versteckte Hinweise, mitunter kommt das Thema als Vorwurf in einem akuten Konflikt, der sich in der Beratung abspielt. Es gibt auch Situationen, in denen der Berater/die Beraterin die Initiative ergreifen und das Problem benennen muss, insbesondere, wenn er/sie entsprechende Anzeichen im Beratungskontext wahrnimmt (z. B. mehrdeutige Hinweise der Kinder oder spürbarer Alkoholgeruch).

Primäres Ziel ist in solchen Situationen, die Problemwahrnehmung des suchtkranken Elternteils zu stimulieren und ihn – wenn nötig – zu einer Behandlung zu motivieren. Dies gelingt meist nicht reibungslos. Insbesondere, wenn das Thema von einem anderen Familienmitglied oder der Beraterin/dem Berater angesprochen wird, erfolgt in der Regel eine abwehrende Reaktion auf diesen Tabubruch. Hier achten Erziehungsberater/-innen zunächst darauf, den Beratungskontrakt zu erhalten und einen Abbruch zu vermeiden ohne das Problem aus dem Auge zu verlieren. Ein Abbruch kann im Falle einer Kindeswohlgefährdung nicht akzeptiert werden, vielmehr sind dann nach-

gehende Hilfen bzw. ein forciertes Hinwirken auf die Annahme des Hilfsangebotes der Erziehungsberatung gemäß § 8a SGB VIII erforderlich.

Vielfach gelingt es aber nicht so schnell, den Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch zu beenden. Dann werden solche Familien in der Erziehungsberatung beim adäquaten Umgang mit dem suchtkranken Elternteil unterstützt und nach Lösungen für die aufgetretenen familiären und kindbezogenen Schwierigkeiten gesucht. Ein wichtiges Thema ist dabei, die oft vorhandene Tabuisierung des Suchtproblems zu durchbrechen, die in hohem Maße dafür verantwortlich ist, dass Veränderungen unterbleiben. Insbesondere die Kinder werden dabei unterstützt, das Versteckspiel nicht mitzumachen, sondern offen über das Problem zu reden. Dabei müssen sie natürlich wissen, dass dies vom nichtsüchtigen Elternteil mitgetragen wird. Auch deshalb hat in solchen Situationen die Arbeit am Thema Koabhängigkeit eine hohe Bedeutung. Wenn physische oder psychische Gewalt im Spiel ist, wird – möglichst mit beiden Eltern – geplant, wie das Kind vor entsprechenden Übergriffen geschützt wird. Wenn dieser Schutz nicht mit familiären Ressourcen sichergestellt werden kann, sondern ein unmittelbares Eingreifen erforderlich ist, sind Überlegungen zum Einsatz der Polizei in solchen Notsituationen unumgänglich – sowohl zur Sicherung des Kindeswohls als auch zur Erhöhung des Veränderungsdrucks auf den suchtkranken Elternteil.

Bei Suchtfragen ist der Blick der Erziehungsberatung nicht nur auf den Konsum des Suchtmittels und direkt damit zusammenhängende Themen gerichtet. Vielmehr ist das gesamte familiäre Gefüge im Blick, insbesondere die Rollenaufteilung zwischen Eltern und Kindern. Hier müssen häufig Parentifizierungen und inadäquate Verantwortungsübernahmen bearbeitet werden, um dem Kind adäquate Entwicklungsbedingungen zu sichern. Auch die Arbeit an der familiären Konfliktkultur ist von hoher Bedeutung.

Erziehungsberatungsstellen kommen auch mit Familien in Berührung, in denen beide Elternteile süchtig sind. Der Kontakt wird meist durch äußere Instanzen (Jugendamt, Kindertagesstätte, Schule) angeregt, nur selten ergreifen Eltern von sich aus die Initiative. In diesen Situationen hat die Arbeit im gesamten Netzwerk eine herausragende Bedeutung, insbesondere ist die Aufstellung eines klaren Schutzplanes für die betroffenen Kinder unverzichtbar.

#### *Suchtprobleme bei Kindern und Jugendlichen*

Suchterkrankungen kommen in der Erziehungsberatung aber nicht nur als Problem der Eltern vor, sondern auch als Problem der Kinder. Hier geht es sowohl um stoffgebundene Süchte (Alkohol, Nikotin, illegale Drogen) als auch um Themen wie exzessive Computer- und Internetnutzung mit Suchtcharakter. Suchtverhalten von Kindern und Jugendlichen kommt in unterschiedlichen Ausprägungen vor. Ein wichtiger Anmeldegrund sind Alkohol-exzesse von Kindern und Jugendlichen, häufig begleitet von regelmäßigem



Konsum. Manchmal sind damit Verwahrlosungserscheinungen verbunden sowie das Bewegen in jugendgefährdenden Milieus oder devianten Szenen. Gleiches gilt für Situationen, in denen Kinder oder Jugendliche in Abhängigkeit von illegalen Drogen geraten sind, sei es von Haschisch oder Marihuana, dessen Handel und Konsum an vielen Schulen an der Tagesordnung sind, sei es von Partydrogen, die es ermöglichen, das ganze Wochenende auch ohne Schlaf „gut drauf“ zu sein.

In der Erziehungsberatung imponiert in solchen Konstellationen häufig eine ausgeprägte Beziehungsstörung zwischen dem Kind oder Jugendlichen und seinen Eltern. Bisherige Lösungsversuche haben nicht zu dem gewünschten Erfolg geführt und die Fronten weiter verhärtet. In solchen Situationen ist es dann zunächst wichtig, wieder eine Kommunikationsbasis zu schaffen. Nicht immer lassen sich die betroffenen Kinder oder Jugendlichen auf eine Mitarbeit ein. Aber auch wenn dies nicht der Fall ist, können die Eltern im Umgang mit ihnen beraten werden.

Wichtig ist dabei das Spannungsfeld zwischen elterlicher Aufsicht und kindlicher Autonomie. In verhärteten Situationen, die durch viele Erfahrungen von Unwirksamkeit geprägt sind, brauchen Eltern Unterstützung, um wieder ein Gefühl für ihre Erziehungsfähigkeit zu gewinnen – manchmal auch bei der Rekonstruktion ihrer Partnerschaft, die durch die langen Auseinandersetzungen beeinträchtigt sein kann. Mitunter müssen Muster durchbrochen werden, wenn immer ein Elternteil das Kind vor den Anforderungen des anderen in Schutz nimmt – mitunter in alternierender Rollenverteilung. Ziel ist, dass die Eltern wieder wirksam ihre Aufsichtspflicht wahrnehmen können.

Gleichzeitig hat die Arbeit an der Eigenverantwortlichkeit des Kindes oder Jugendlichen einen hohen Stellenwert, insbesondere wenn die Verantwortungsbereiche unklar oder ständigen Fluktuationen unterworfen sind. In der Erziehungsberatung wird dann – möglichst gemeinsam mit allen Beteiligten – unterschieden, wo der Verantwortungsbereich des Kindes oder Jugendlichen ist, in dem auch die Folgen des Handelns getragen und nicht von den Eltern abgedeckt werden, und wo die Eltern zu bestimmen und zu sanktionieren haben – notfalls mit Hilfe von außen.

#### *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche*

Eine weitere in der Erziehungsberatung häufig auftretende Fragestellung ist der Umgang mit chronisch kranken Kindern, die z. B. unter Asthma, Anfallsleiden oder Herzfehlern leiden. Solche Kinder sind in ihrem Alltag Restriktionen unterworfen, die zu Auseinandersetzungen führen können. Auch die Einnahme der Medikamente kann konfliktbelastet sein.

In der Beratungsarbeit spielt auch hier die Auseinandersetzung mit der Verantwortung des Kindes für seinen Körper und mit der elterlichen Aufsichtsfunktion eine herausragende Rolle. Eltern chronisch kranker Kinder fühlen

häufig eine hohe Verantwortung für die Gesundheit ihrer Kinder und es fällt ihnen schwer, rechtzeitig loszulassen. In der Arbeit mit solchen Familien bedarf es zunächst einer Würdigung der elterlichen Leistung – und gleichzeitig einer therapeutischen Unterstützung im Umgang mit der Begrenztheit des eigenen Einflusses. Für die Kinder spielt die Erkrankung eine wichtige Rolle bei der Identitätskonstruktion. Erziehungsberatung unterstützt sie dabei, die einschränkenden Anteile anzunehmen, ohne sie aber zum Zentrum eines als deviant geprägten Selbst zu machen. Hierzu gehört auch die beraterisch-therapeutische Unterstützung beim Umgang mit Gleichaltrigen und Geschwistern.

#### *Geistig und körperlich behinderte Kinder und Jugendliche*

Die Beratung von Eltern geistig und körperlich behinderter Kinder und Jugendlicher erfolgt grundsätzlich im Rahmen des Gesundheitswesens. Zentrale Anlaufstelle ist das Gesundheitsamt. Dieses erfüllt im Rahmen der jugendärztlichen Sprechstunde auch die Aufgabe der Beratung zu allen Behinderungsfragen. Einzelne Kommunen haben auch eine *Beratungsstelle für behinderte Kinder und Jugendliche* eingerichtet bzw. halten einen *Sozialmedizinischen Dienst für behinderte Kinder und Jugendliche* vor.

Daneben wird eine allgemeine Beratung von den Behindertenorganisationen angeboten. Dabei führen einzelne Vereine und Einrichtungen auch Beratung, Gesprächskreise und Seminare durch, die besonders auf die Situation und die Fragen von Eltern, Angehörigen und Partnern von behinderten Menschen eingehen. Eltern und Familien von behinderten Menschen haben dort die Möglichkeit, ihre Erfahrungen und Probleme auszutauschen. So stellt der Verein "AmbeKi" für Alleinerziehende mit behinderten Kindern Gruppenangebote und Einzelberatung zur Verfügung ([www.ambeki.de](http://www.ambeki.de)). Die Unterstützung bei der Erziehung behinderter Kinder wird in der Regel als ein Teilproblem in den größeren thematischen Zusammenhang des Umgangs mit der Behinderung des Kindes eingebettet.

*Sozialberatungsstellen* sind in die Unterstützung dieser Familien einbezogen, indem sie über gesetzliche Ansprüche (z. B. nach dem SGB, Bundeserziehungsgeldgesetz, KJHG (Kinder- und Jugendhilfegesetz), Mutterschutzgesetz, RVO, Wohngeldgesetz, Kindergeldgesetz usw.) informieren und beraten und ihnen bei der Geltendmachung der Ansprüche helfen<sup>3</sup>.

Aufgrund dieser für den Bereich der Behinderung bestehenden Versorgungsstrukturen suchen betroffene Eltern kaum Unterstützung in

<sup>3</sup> Auch im Internet finden sich weitere, auf diesen Personenkreis spezialisierte Angebote. Z.B. auf den Websites: [www.kindernetzwerk.de](http://www.kindernetzwerk.de), [www.familienratgeber.de](http://www.familienratgeber.de); [www.intakt.info](http://www.intakt.info). Sie bieten spezifische Informationen zu den Behinderungen und auch Möglichkeiten zum Austausch unter den Betroffenen.

Erziehungs- und Familienberatungsstellen. Repräsentative empirische Daten zur Inanspruchnahme der Erziehungsberatung für behinderte Kinder und Jugendliche liegen nicht vor. Die Dokumentation der (auch Ehe- und Lebensberatung umfassende) Beratungsarbeit einer Kirchenprovinz für das Jahr 2006 weist bei weniger als einem Prozent der Beratung eine „Behinderung von Familienangehörigen“ aus. Die einzige den Autoren bekannte Veröffentlichung in diesem Kontext hat die besondere Situation einer Erziehungsberatungsstelle in den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel zum Hintergrund (Kassebrock 1994).

## 5.4 Psychotherapie in der Erziehungsberatung

In der Erziehungsberatung werden in erheblichem Maße Kinder vorgestellt, deren Problematik auch nach der ICD-10 klassifiziert werden könnte. Dies betrifft vor allem Fälle, die in der Bundesjugendhilfestatistik als Entwicklungsauffälligkeiten und seelische Probleme des jungen Menschen (z. B. Entwicklungsrückstand, Ängste, Zwänge, selbstverletzendes Verhalten, suizidale Tendenzen) geführt werden.

Hierbei muss zunächst offen bleiben, wie stark der Ausprägungsgrad der jeweiligen Störung ist. Wichtig ist vor allem, dass Eltern und Kinder, sich in solchen Situationen für ein Angebot der Kinder- und Jugendhilfe – nämlich Erziehungsberatung – entscheiden. Sie selbst sehen ihre Kinder nicht als krank an, sondern suchen Hilfe im Umgang mit ihrem Kind und seinen Problemen. Die Eltern sehen sich also in ihrer erzieherischen Verantwortung gefragt. Dabei ist ein erzieherischer Bedarf mit einem ICD-10-kategorisierbaren Problem verknüpft. „In einem Überschneidungsbereich können Kinder und Jugendliche Probleme zeigen, die sowohl einen Krankheitswert haben, als auch einen erzieherischen Bedarf der für sie sorgeberechtigten Personen (Eltern) begründen. In einer solchen Situation ist die Lösung dieser Problemlage mit psychotherapeutischen Mitteln in der Kinder- und Jugendhilfe solange geboten, wie ein Anspruch auf erzieherische Unterstützung gegeben ist“ (bke 2005a, S. 4).

In der Erziehungsberatung hat sich ein kinder- und jugendhilfespezifischer Umgang mit diesen Problemsituationen entwickelt, der zunächst durch ein Fallbeispiel illustriert werden soll.

*Marvin (9 Jahre) ist ein unruhiger Junge, der sich nur schlecht auf eine Aufgabe konzentrieren kann und sehr vergesslich ist. Seine Eltern melden ihn auf Anregung der Schule an, weil sein Verhalten dort untragbar geworden ist. Er stört ständig den Unterricht, weil er dazwischenruft, im Klassensaal hin und her rennt und versucht, mit seinen Mitschülern/Mitschülerinnen zu reden und zu spielen.*

*Häufig ist er in Auseinandersetzungen verwickelt, bei denen er immer wieder „aus-rastet“. Auch zuhause ist das Zusammenleben mit ihm schwierig. Die Anfertigung der Hausaufgaben ist mit dramatischen Auseinandersetzungen verbunden, trotzdem bleiben sie meist unvollständig und fehlerhaft, weil sowohl Marvin als auch seiner Mutter am Ende des Nachmittags die Kraft ausgeht. Außerdem gibt es ständig Streit, weil Marvin viel vergisst und auch die wenigen häuslichen Pflichten nicht erfüllt. Seine ältere Schwester, die schulisch sehr erfolgreich ist, wirft ihm vor, dass er das ganze Familienleben ruiniert. Auch sein Vater ist nicht gut auf Marvin zu sprechen. Er hält sich zwar meist aus den Auseinandersetzungen heraus, wenn er sich aber nicht mehr zusammennehmen kann, greift er seinen Sohn massiv und mit sehr abwertenden Äußerungen an. Die Mutter nimmt Marvin dann in Schutz, was zu heftigen Vorwürfen des Vaters führt.*

*Zum Erstgespräch wurde die ganze Familie eingeladen. Nachdem die Situation dargestellt ist, werden die Eltern darüber aufgeklärt, dass sie auch die Möglichkeit haben, Marvin einer Ärztin/einem Arzt vorzustellen, der möglicherweise ADHS diagnostizieren und eine entsprechende Behandlung vorschlagen würde. Es stellt sich heraus, dass die Eltern bereits mit dieser Möglichkeit auseinandergesetzt, sich aber bewusst dafür entschieden haben, zunächst zur Erziehungsberatung zu gehen. Es wird vereinbart, auch die Schule in die Arbeit einzubeziehen.*

*Im weiteren Verlauf werden die Eltern dabei unterstützt, ihren Paarkonflikt zu lösen und eine gemeinsame Erziehungshaltung zu finden. Der Vater wird ermuntert, sich kontinuierlicher zu engagieren und die Mutter von bestimmten Aufgaben zu entlasten, in dem er die alleinige Verantwortung dafür übernimmt. Erster Schritt ist, mit Marvin zu üben, das Einmaleins sicher zu beherrschen. Mit der ganzen Familie wird nach Wegen gesucht, die Atmosphäre nicht durch Marvins problematisches Verhalten dominieren zu lassen, sondern dort besondere Akzente zu setzen, wo ein gelingendes Miteinander möglich ist. Mit Marvin wird erarbeitet, welche Regeln er braucht, damit er nach und nach die Verantwortung für seine Hausaufgaben übernehmen kann. Um eine Überforderung zu vermeiden, wird in Absprache mit der Schule die tägliche Hausaufgabenzeit limitiert. Nach einem Unterrichtsbesuch, der sowohl Marvins Problemverhalten als auch seine kleinen Erfolge dokumentiert, wird mit dem Lehrer ein individuell auf Marvin zugeschnittenes Regel- und Fördersystem entwickelt.*

Für solche Fälle stellt Erziehungsberatung die angemessene Versorgung dar. Sie nimmt den konkreten Bedarf der Eltern auf und kann wirkungsvolle Hilfe leisten. Ihr kinder- und jugendhilfespezifischer Ansatz geht von der Problemdefinition der Eltern (sowie der Kinder und Jugendlichen) aus und ist durch eine interaktionelle und auf die Ermittlung des erzieherischen Bedarfs ausgerichtete Diagnostik gekennzeichnet. Durch das multiprofessionelle Team und die spezifischen Fortbildungen seiner Mitglieder steht in Erziehungs-

beratungsstellen eine Vielfalt unterschiedlicher Interventionsformen zur Verfügung, die auf die Bedürfnisse des Einzelfalls ausgerichtet werden. Es besteht die Möglichkeit, alleine mit dem Kind, mit seinen Eltern, der ganzen Familie und seinem Umfeld zu arbeiten und alle Kräfte für die Verbesserung der Situation zu bündeln.

Im Rahmen der umfassenden erziehungsberaterischen Arbeit mit dem Kind oder Jugendlichen und seinem Umfeld werden auch psychotherapeutische Interventionen eingesetzt. Dies geschieht auf der Ebene der

- Kindern und Jugendlichen, wenn sich Störungen so verfestigt haben, dass sie durch Verbesserung des erzieherischen Umgangs, der familiären Kommunikation oder der Umfeldbedingungen nicht bewältigt werden können,
- der Eltern, wenn sie durch Probleme in der Partnerschaft oder eigene biographische Erfahrungen in der Erziehung behindert werden,
- und der Familie, wenn dysfunktionale Beziehungsmuster die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen hemmen (bke 2005a, S. 6ff.).

Auch wenn dann in einem engeren Sinne psychotherapeutisch gearbeitet werden muss, etwa um einer in ihrer Kindheit traumatisierten Mutter zu ermöglichen, ihre Elternrolle gegenüber dem Kind einzunehmen, verlässt die Fachkraft nicht den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe. Denn sie setzt die therapeutischen Interventionen nicht zum Zwecke der Heilung, also der Krankenbehandlung, ein, sondern um eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung wieder zu ermöglichen. Dies begrenzt die therapeutische Arbeit mit der Mutter inhaltlich. Es wird mithin nur ihr erzieherischer Bedarf gedeckt, nicht ihr Bedarf an psychotherapeutischer Unterstützung als solcher. Psychotherapeutische Interventionen dienen nicht in jedem Fall der Krankenbehandlung. Entscheidend ist, für welchen Zweck die psychotherapeutischen Interventionen eingesetzt werden. Das Bundessozialgericht hat deshalb festgestellt: „Für die Abgrenzung zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Maßnahmen und damit für die Zuständigkeit der Krankenversicherung kommt es in erster Linie auf die Zielsetzung der Maßnahme an. ... Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, welche Erwartungen der Leistungserbringer selbst mit seinem Vorgehen verbindet“ (BSG 2003, S. 5; Menne 2006b, S. 210). Für die Erziehungsberatung bestehen diese eigenen Erwartungen in der Aufgabe, eine dem Kindeswohl entsprechende Erziehung zu ermöglichen. Die dabei von ihr angewendeten pädagogischen bzw. therapeutischen Methoden sind erst in zweiter Linie von Bedeutung (Lasse 2002, S. 117).

Psychotherapie in der Erziehungsberatung zielt daher, wie die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung und die Bundespsychotherapeutenkammer gemeinsam feststellen, „darauf, das Wohl des Kindes zu fördern und die Er-

ziehungsfähigkeit der Eltern zu stärken“ (bke/BPtK 2008, S. 4). Deshalb wird von der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung und der Bundespsychotherapeutenkammer klargestellt, dass der Einsatz psychotherapeutischer Interventionen auch außerhalb der Krankenbehandlung zulässig ist: „Nicht jede Verwendung einer psychotherapeutischen Intervention erfolgt mit dem Ziel der Krankenbehandlung. Vielmehr kann das Instrumentarium psychotherapeutischer Interventionen, das ausgebildet worden ist, um seelische Erkrankungen erfolgreich zu behandeln, auch zu anderen Zwecken eingesetzt werden. Ein prominentes Beispiel ist Supervision, die von Psychotherapeuten zur Begleitung ihrer Arbeit in Anspruch genommen wird. Auch sie bedient sich der Erkenntnisse des jeweiligen psychotherapeutischen Verfahrens. Aber Supervision stellt deshalb keine Krankenbehandlung des Supervisanden dar. Die psychotherapeutischen Interventionen dienen hier der Klärung von Verstrickungen des Therapeuten in die Beziehungsangebote seines Patienten. Auch die Lehranalyse, der sich ein Psychoanalytiker in seiner Ausbildung unterziehen muss, ist keine Krankenbehandlung. Auch hier werden die psychotherapeutischen Interventionen zu einem anderen Zweck eingesetzt. *Wenn im Rahmen der Erziehungsberatung in der Jugendhilfe psychotherapeutische Interventionen eingesetzt werden, kann dies also nicht mit einer Krankenbehandlung des Kindes oder seiner Eltern gleich gesetzt werden* (Hervorhebung durch die Autoren). Erziehungsberatung orientiert ihre Praxis vielmehr – dem Auftrag der Jugendhilfe gemäß – am Wohl des Kindes und der Erziehungsfähigkeit seiner Eltern. Nicht die spezifische Intervention entscheidet darüber, ob es sich um eine pädagogische Maßnahme oder um Krankenbehandlung handelt. Deshalb ist die Anwendung psychotherapeutischer Interventionen in der Kinder- und Jugendhilfe zulässig“ (ebd.).

Die beiden Institutionen weisen darauf hin, dass Erziehungsberatung zunehmend für Kinder und Jugendliche mit schweren Problemlagen aufgesucht wird. Folgende Konstellationen werden hervorgehoben:

- „Kinder, die einer psychotherapeutischen Krankenbehandlung bedürfen, erhalten diese oft nicht, weil ihre Familien die äußeren Bedingungen einer Behandlung nicht einhalten können. Die Kinder bleiben auf flexiblere Arrangements der Erziehungsberatung angewiesen.
- Die Förderung der Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern stellt eine besondere fachliche Herausforderung dar.
- Für etliche Kinder sind längerfristige psychotherapeutische Unterstützungen in der Jugendhilfe indiziert. Dies würde späteren kostenintensiven Leistungen der Jugendhilfe vorbeugen.
- Nicht zuletzt der hohe psychotherapeutische Bedarf von Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen weist darauf hin, dass frühzeitig ein-

gesetzte psychotherapeutische Kompetenz für die Lebensentwicklung dieser jungen Menschen förderlich gewesen wäre“ (bke/BPtK 2008, S.5).

Deshalb muss eine Unterstützung dieser Kinder und Jugendlichen durch eine psychotherapeutisch handlungsfähige Erziehungsberatung gesichert und gestärkt werden.

Zusammenfassend muss also festgehalten werden, dass in einem Überschneidungsbereich Kinder, Jugendliche und ihre Familien mit Problemen zu tun haben, an denen Leistungserbringer der GKV aufgrund ihren möglichen ICD-10-Klassifizierbarkeit deren Krankheitscharakter erkennen, während Erziehungsberatung als Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe an ihnen den erzieherischen Bedarf wahrnimmt (bke 2005a, S. 4). Der jeweils andere Gesichtspunkt tritt dann in den Hintergrund. Solange ein Anspruch auf erzieherische Unterstützung gegeben ist und diese von den Eltern gewünscht wird, ist die Kinder- und Jugendhilfe der angemessene Ort der Leistungserbringung. Erst wenn die vorgestellten Probleme vorrangig Krankheitswert haben, ist eine Weiterverweisung an niedergelassene psychologische Psychotherapeuten/-tinnen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-tinnen und Kinder- und Jugendpsychiater/-innen angezeigt (ebd.).

#### *Mögliche Inanspruchnahme der Erziehungsberatung aufgrund krankheitswertiger psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen*

Auf örtlicher Ebene wird gelegentlich die Befürchtung artikuliert, Eltern könnten sich aufgrund psychischer Störungen bei ihrem Kind vermehrt an Erziehungsberatungsstellen wenden. Diese könnten dann Leistungen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen erbringen, für die eine heilkundliche Psychotherapie indiziert ist.

Zwar ist davon auszugehen, dass eine unterschiedliche Versorgungssituation bei kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Leistungen in Ballungsräumen und ländlichen Gebieten besteht. Eine ersatzweise Inanspruchnahme der Erziehungsberatung kommt daher vor allem in ländlichen Regionen in Betracht, in denen wenige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten niedergelassen sind. Für die Erziehungsberatung besteht allerdings grundsätzlich dieselbe Versorgungssituation. Auch sie verfügt in ländlichen Gebieten über weniger Fachkräfte je 10.000 Minderjährige, als dies in Großstädten der Fall ist. Beispielhaft ist dies durch Kienbaum für Nordrhein-Westfalen dokumentiert (Kienbaum 2007, S. 39). Eine nicht bedarfsgerecht ausgestattete Erziehungsberatung hat schon von der Kapazität her nur geringe Möglichkeiten, einen dringend an sie herangetragenen Bedarf an heilkundlicher Behandlung zu berücksichtigen. (Zu der Frage, welche Leistung eine Beratungsstelle in einem solchen Fall erbringt, siehe weiter unten.)

Soweit die benannte Befürchtung davon ausgeht, dass in den letzten Jahren eine vermehrte Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendhilfe für

heilkundliche Bedarfe möglich gewesen sei, müsste eine erhöhte Prävalenz psychischer Störungen (im engen Sinne von Störungen mit Krankheitswert) Auslöser dieser Nachfrage sein. Tatsächlich sind Entwicklungs- und Verhaltensstörungen sowie emotionale Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren verstärkt in den Blick getreten und haben Anlass zu der These einer „neuen Morbidität“ gegeben (z.B. Schlaud 2006), also einer Verschiebung der Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen vom somatischen in den psychischen Bereich.

Die vom Robert-Koch-Institut durchgeführte BELLA-Studie weist für Kinder und Jugendliche eine Prävalenz psychischer Auffälligkeiten von 21,9 Prozent aus (Ravens-Sieberer/Wille/Bettge/Erhart 2007, S. 874). Der Unterstützungsbedarf von Kindern und Jugendlichen bei seelischen Problemen ist damit eindrücklich belegt. Diese Ergebnisse liegen auf dem Niveau anderer Studien. So hat eine Metaanalyse von Barkmann und Schulte-Markwort (2004) eine mittlere Prävalenz von 17,2 Prozent ergeben; ein internationaler Vergleich von Ihle und Esser (2002) hat einen Median der Prävalenzen von 18 Prozent belegt. Damit liegt die Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in diesen Studien einerseits höher als die in der BELLA-Studie erhobene Auffälligkeit für psychische Störungen im engeren Sinn, aber andererseits niedriger als die in der BELLA-Studie belegten Hinweise auf psychische Auffälligkeit (Ravens-Sieberer; Wille; Bettge; Erhart 2007, S. 877).

Als „krankheitswertige“ psychische Störungen kommen auf der Grundlage der BELLA-Studie allenfalls die „wahrscheinlichen“ psychischen Auffälligkeiten in Betracht (9,7 %), nicht jedoch die belegten „Hinweise“ auf psychische Auffälligkeit (12,2 %). Aber auch bei diesen „wahrscheinlichen“ psychischen Auffälligkeiten, die im Rahmen einer Elternbefragung erhoben wurden, handelt es sich nicht um klinische Diagnosen im Sinne des ICD 10.

Dennoch gibt die BELLA-Studie wichtige Hinweise auf die Ursachen der wahrgenommenen Zunahme psychischer Störungen. Sie hat nämlich Risikofaktoren erfasst, die mit psychischen Auffälligkeiten einhergehen. Dazu zählen nach Ravens-Sieberer/Wille/Bettge/Erhart 2007, S. 874):

- Niedriger Bildungsstatus,
- Familiäre oder partnerschaftliche Konflikte,
- Beeinträchtigtes Wohlbefinden der Erziehenden in ihrer Kinderzeit,
- Psychische oder körperliche chronische Erkrankungen eines Elternteils,
- Aufwachsen des Kindes in einer Ein-Eltern-Familie,
- Arbeitslosigkeit der Eltern,
- (Un-)Erwünschtheit der Schwangerschaft.



Es ist erkennbar, dass die Zunahme psychischer Auffälligkeiten mit dem familialen Wandel der letzten Jahre und der sozialen Situation der Familie verbunden ist. Kinder und Jugendliche bedürfen zur Bewältigung ihrer psychischen Belastungen zunächst einer Unterstützung, die auch ihre konkrete familiäre und soziale Lebenswelt einbezieht. Dies ist auch die Wahrnehmung der Eltern selbst, die in den zurückliegenden Jahren Erziehungsberatung in einem deutlich gestiegenen Maß in Anspruch genommen haben (siehe Pkt. 3.3 und 3.4). Aus den zunehmenden Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen kann deshalb nur sehr bedingt geschlossen werden, dass seelische Probleme mit „Krankheitswert“ bei Kindern und Jugendlichen ebenfalls zunehmen.

Die personelle Situation der Erziehungsberatung in Deutschland spricht gegen die Hypothese, dass in Erziehungs- und Familienberatungsstellen leichter ein Therapieplatz für Kinder oder Jugendliche gefunden werden kann als bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Wenn dies der Fall wäre, müsste sich dies in einer Zunahme langfristiger Beratungen niederschlagen. Der Anteil der Beratungen, die länger als ein Jahr andauern, ist jedoch von 15,6 Prozent im Jahr 1993 (Menne 1997, S. 211) auf 14,6 Prozent im Jahr 2006 zurückgegangen (Stat. Bundesamt 2007, Tab. 1.1). Dabei weist die Bundesstatistik allerdings nicht die tatsächliche Kontaktzahl der durchgeführten Beratungen aus. Dies erfolgt erst ab dem Jahr 2007. Hilfsweise muss daher auf den von Kienbaum vorgelegten Bericht zur Erziehungs- und Eheberatung im Land Nordrhein-Westfalen zurückgegriffen werden. Dort wird eine Zunahme der Beratungsfälle von 101.869 im Jahr 2002 auf 111.427 im Jahr 2006 (plus 9,4 %) belegt bei einem gleichzeitigen Rückgang des Anteils derjenigen Beratungen, die mehr als 16 Fachkontakte erhalten haben. Ihr Anteil ermäßigte sich von 11,7 Prozent auf 10,3 Prozent (also um 12 %) (Kienbaum 2007, S. 22). Bei gleich bleibender Personalkapazität (a.a.O., S. 8) kann auf die steigende Inanspruchnahme durch Ratsuchende auch nicht anders als durch einen Abbau langfristiger Beratungen mit hohen Kontaktzahlen reagiert werden. Dies ist ein Trend, der aus allen Bundesländern berichtet wird. Viele Jugendämter haben nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (1998) auf einer Weiterverweisung an niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bestanden, wenn Kindertherapien angezeigt waren. Auch wurden Obergrenzen für die Zahl der Beratungskontakte in der Erziehungsberatung vorgegeben.

Der Annahme, dass bei krankheitswertigen Problemlagen viel Zeit benötigende Kindertherapien in der Erziehungsberatung erbracht werden könnten, steht nach allem entgegen, dass der steigenden Inanspruchnahme der Erziehungsberatung durch immer mehr Eltern nur durch die Einschränkung länger dauernder Leistungen für Wenige begegnet werden konnte.

Wenn – aus welchen Gründen auch immer – eine psychotherapeutische Leistung durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht erbracht wird, ist die

Kinder- und Jugendhilfe auf der Grundlage von § 10 SGB VIII verpflichtet zu prüfen, ob sie nachrangig eine Leistung erbringen muss. Dabei bedeutet Nachrang nicht, dass die Kinder- und Jugendhilfe eine identische Leistung zu erbringen hätte. Zu prüfen ist vielmehr, ob angesichts eines nicht gedeckten heilkundlichen Bedarfs auch ein erzieherischer Bedarf besteht. Und allein diesen ist die Jugendhilfe zu decken berechtigt, aber auch verpflichtet (vgl. ausführlich bke 2005a, S. 3ff.). Wenn also Kinder oder Jugendliche mit psychischen Störungen von Krankheitswert im Einzelfall doch eine Leistung der Erziehungsberatung erhalten haben, ist davon auszugehen, dass damit ein Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe erfüllt worden ist. Jedenfalls ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen, dass die Kinder- und Jugendhilfe in einem relevanten Umfang Aufgaben erfüllt hat, für die eine Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

## **6 Schnittstellen zwischen Erziehungsberatungsstellen und Gesundheitswesen**

### **6.1 Einzelfallbezogene Zusammenarbeit empirisch**

Im Rahmen der Erhebung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung ist der auf den Einzelfall bezogenen Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen nachgegangen worden. Dabei wurden als Kooperationspartner unterschieden:

- Hebammen/Entbindungspfleger,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen,
- Psychologische Psychotherapeuten/-innen,
- Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen; Kinderkliniken,
- Kinder- und Jugendpsychiater/-innen; kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken,
- Sozialpädiatrische Zentren,
- Frühfördereinrichtungen,
- Logopäden/-innen,
- Ergotherapeuten/-innen,

Erziehungs- und Familienberatungsstellen kooperieren nach den Ergebnissen dieser Untersuchung in einem hohen Maße mit den Berufen und Institutionen des Gesundheitswesens. Nur jeweils etwa 5 % der Beratungsstellen gaben an,

weder mit Kinder- und Jugendärzten/-ärztinnen bzw. Kinderkliniken (4,9 %), Kinder- und Jugendpsychiatern/-psychiaterinnen bzw. psychiatrischen Kliniken (6,9 %) oder mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen (7,5 %) zusammenzuarbeiten. Eine Ausnahme bildet die Zusammenarbeit mit Hebammen, die erst durch die aktuelle Debatte zum Kinderschutz stärker in das Blickfeld der Kinder- und Jugendhilfe geraten sind. Mit dieser Berufsgruppe kooperiert erst ein gutes Drittel der Beratungsstellen.

Die Beratungsstellen waren gebeten, die Zahl der Kinder und Jugendlichen für die im Jahr 2007 eine Zusammenarbeit mit einer der genannten Gruppen realisiert worden war, in Zehner-Intervallen zu schätzen. Die Auswertung der Angaben folgte dem bei den Beratungsanlässen angewandten Berechnungsmodus. Je Berufsgruppe bzw. Institution wurde die durchschnittliche Zahl der geschätzten Fälle berechnet und unter Berücksichtigung der Einrichtungen ohne Angaben gewichtet. Aus der so gewonnenen Zahl der durchschnittlichen Fälle je Beratungsstelle konnte die Hochrechnung auf die Bundesrepublik erfolgen.

Die mit Abstand häufigste einzelfallbezogene Zusammenarbeit erfolgte im Jahr 2007 mit *Kinder- und Jugendärzten/-ärztinnen; Kinderkliniken*. Ihre Kompetenz wurde für mindestens 16.000 Kinder und Jugendliche in Anspruch genommen. Das entspricht 23 % der Fälle mit einer einzelfallbezogenen Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen.

*Kinder- und Jugendpsychiater/-psychiaterinnen* bzw. *kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken* wurden am zweithäufigsten für eine Zusammenarbeit im Einzelfall in Anspruch genommen. Mindestens 10.000 Kinder und Jugendliche konnten von kinderpsychiatrischer Fachkompetenz profitieren. Das entspricht etwa 14 % der in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen durchgeführten Beratungen.

Mit *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-psychotherapeutinnen* wurde bei mindestens 9.000 Kindern und Jugendlichen zusammengearbeitet. Das sind 13 % der einzelfallbezogenen Kooperationen mit dem Gesundheitswesen.

*Psychologische Psychotherapeuten/-therapeutinnen* und *Ergotherapeuten/-therapeutinnen* wurden bei mindestens 7.500 bzw. 7.000 Kindern und Jugendlichen hinzugezogen. Das entspricht jeweils etwa 10 % der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen.

Eine einzelfallbezogene Zusammenarbeit mit einem *Sozialpädiatrischen Zentrum* bzw. *der Frühförderung* erfolgte bei jeweils mindestens 6.500 Kindern und Jugendlichen. Das entspricht 9 %.

*Zu Logopäden und Logopädinnen* wurde für mindestens 5.500 Fälle (8 %) der Kontakt aufgenommen.

Die einzelfallbezogene Zusammenarbeit der Erziehungsberatung mit Hebammen steht noch am Anfang. Sie erfolgt im Jahr 2007 bei mindestens 2.000

Kindern. Das sind etwa 3 % der Kooperationen mit dem Gesundheitswesen. Während im Durchschnitt eine Beratungsstelle im Jahr bei zwei Fällen mit einer Hebamme zusammengearbeitet hat, hatten diejenigen Einrichtungen, die tatsächlich mit Hebammen kooperierten, Kontakt in etwa sechs Fällen. Hier wird das Potenzial einer Zusammenarbeit mit dieser Berufsgruppe deutlich.

Tabelle 6: Einzelfallbezogene Zusammenarbeit zwischen Erziehungsberatungsstellen und Gesundheitswesen

	Durchschnittliche Zahl der geschätzten Fälle je Beratungsstelle	Durchschnittliche Zahl der Fälle je Beratungsstelle	Mindestzahl der Fälle im Jahr 2007	Prozentwerte
Kinder- und Jugendärzte, Kinderkliniken	16,2	15,4	16.000	23
Kinder- und Jugendpsychiater; kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken	11,7	9,9	10.000	14
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	10,4	9,0	9.000	13
Psychologische Psychotherapeuten	8,9	7,3	7.500	11
Ergotherapeuten	9,0	6,9	7.000	10
Sozialpädiatrische Zentren	8,8	6,5	6.500	9
Frühförderung	8,4	6,5	6.500	9
Logopäden	7,3	5,5	5.500	8
Hebammen	5,6	2,0	2.000	3

Quelle: bke 2009

## 6.2 Einzelfallübergreifende Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen

Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung hat in ihrer Erhebung auch erfragt, mit welchen Berufen bzw. Institutionen des Gesundheitswesens im Jahr 2007 einzelfallübergreifend zusammengearbeitet worden ist. Dabei kann es sich um regelmäßige Arbeitskreise ebenso gehandelt haben wie um durch

Durchführung einer besonderen Aktivität. Als mögliche Kooperationspartner waren vorgegeben:

- Hebammen/Entbindungspfleger.
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen.
- Psychologische Psychotherapeuten/-therapeutinnen.
- Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen; Kinderkliniken.
- Kinder- und Jugendpsychiater/-psychiaterinnen.
- Sozialpädiatrische Zentren.
- Frühförderung.
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft.
- Andere interinstitutionelle Arbeitskreise und Beteiligung des Gesundheitswesens.
- Mitwirkung an der Ausbildung von Gesundheitsberufen.

Die Beratungsstellen waren gebeten, für jeden dieser Kooperationspartner die Zahl der Aktivitäten im Jahr 2007 zu schätzen. Vier Fünftel der Einrichtungen beteiligten sich nie an der Ausbildung von Gesundheitsberufen. Aber fast zwei Drittel arbeiteten in einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (64,3 %) oder einem anderen Interinstitutionellen Arbeitskreis unter Beteiligung des Gesundheitswesens (61,1 %) mit. Aus den von den Beratungsstellen geschätzten Angaben konnte die Zahl der Aktivitäten im Jahr 2007 hochgerechnet werden.

Erziehungsberatungsstellen arbeiten danach mit dem Gesundheitswesen am häufigsten (jeweils 16 %) im Rahmen einer *Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft* bzw. in einem anderen *Interinstitutionellen Arbeitskreis* zusammen, an dem das Gesundheitswesen beteiligt ist. Es folgt die einzelfallübergreifende Zusammenarbeit mit Kinder- und *Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen* (14 %) und mit *Kinder- und Jugendärzten/-ärztinnen* und Kinderkliniken (13 %). Es folgt die Zusammenarbeit mit Kinder- und *Jugendpsychiatern/-psychiaterinnen* (11 %), *Psychologischen Psychotherapeuten/-therapeutinnen* (9 %), der *Frühförderung* (8 %) und *Sozialpädiatrischen Zentren* (6 %). Die Zusammenarbeit mit *Hebammen/Entbindungspflegern* ist mit 5% noch nicht sehr ausgebildet. Am geringsten ist die Beteiligung an der *Ausbildung von Gesundheitsberufen* (2 %).

Über alle Berufe und Institutionen des Gesundheitswesens betrachtet haben im Jahr 2007 insgesamt mehr als 21.000 Arbeitstreffen und Aktivitäten der Erziehungsberatung mit dem Gesundheitswesen stattgefunden. Durchschnittlich hatte jede Beratungsstelle in dem Jahr mindestens 20 solcher Arbeitskontakte.

Tabelle 7: Einzelfallübergreifende Arbeitstreffen/Aktivitäten zwischen Erziehungsberatungsstellen und Gesundheitswesen

	Durchschnittliche Zahl der geschätzten Aktivitäten	Durchschnittliche Zahl der geschätzten Aktivitäten je Beratungsstelle	Mindestzahl der Aktivitäten im Jahr 2007	Prozentwerte
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft	5,5	3,5	3.500	16
Andere interinstitutionelle Arbeitskreise unter Beteiligung des Gesundheitswesens	5,5	3,4	3.400	16
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	5,5	2,9	3.000	14
Kinder- und Jugendärzte; Kinderkliniken	4,9	2,8	2.800	13
Kinder- und Jugendpsychiater	4,4	2,4	2.400	11
Psychologische Psychotherapeuten	4,6	2,0	2.000	9
Frühförderung	3,6	1,7	1.700	8
Sozialpädiatrische Zentren	3,7	1,3	1.300	6
Hebammen	3,1	1,1	1.000	5
Mitwirkung an der Ausbildung von Gesundheitsberufen	2,1	0,4	400	2
Summe		21,7	21.500	

Quelle: bke 2009

## 6.3 Kommentar

Erziehungsberatungsstellen kooperieren in vielfältiger Weise mit Einrichtungen des Gesundheitswesens. Hierzu zählen sowohl niedergelassene Ärzte/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen als auch Kliniken und Gesundheitszentren. Die Kooperation geht häufig über eine gegenseitige Überweisung hinaus und beinhaltet die intensive Zusammenarbeit im Einzelfall. Dies ist bei vielen multifaktoriell bedingten Störungen von großer Be-

deutung. So hat sich zum Beispiel bei ADHS die Arbeit in Netzwerken bewährt, die über institutionalisierte Kooperationen eine ganzheitlich Hilfe anbieten können, die Leistungen der Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfeleistungen integriert (BMG 2002). Aufgrund der Bedeutung der einzelfallübergreifenden Zusammenarbeit engagieren sich viele Beratungsstellen in Arbeitskreisen, an denen sowohl Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens beteiligt sind. Darüber bewähren sich auch regelmäßige Kontakte mit niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen, Kliniken und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, die nicht an konkrete Anforderungen eines Einzelfalls orientiert sind, sondern auf die Verbesserung der Kenntnis der Arbeitsweisen und die Intensivierung der Kooperation gerichtet sind.

#### *Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen*

Von besonderer Bedeutung ist die Kooperation von Erziehungsberatungsstellen mit den vor Ort tätigen Kinder- und Jugendärzten/-ärztinnen. Diese Bedeutung drückt sich nicht nur in der empirisch erhobenen hohen Zahl der Kooperationen aus, sondern ergibt sich auch aus der Tatsache, dass die Kinder- und Jugendärzte einen sehr guten Zugang zu einer Vielzahl von Kindern und Jugendlichen haben. Sie sehen fast alle im Einzugsbereich der jeweiligen Erziehungsberatungsstelle aufwachsenden Kinder in ihren unterschiedlichen Entwicklungsstufen und erhalten nicht nur punktuelle Informationen über den Gesundheitszustand der Kinder, sondern sind häufig auch kontinuierliche Begleiter ihrer Entwicklung und gerade für junge Eltern Ansprechpartner/-partnerinnen in Not- und Krisensituationen.

So bekommen sie auch Einblick in die Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung und werden im Zusammenhang mit der Entwicklung des Kindes mit vielfältigen Erziehungsfragen konfrontiert. Häufig hilft dann ein guter ärztlicher Ratschlag, manchmal sind die Probleme aber komplexer und bedürfen einer intensiveren Ergründung und Bearbeitung. In solchen Situationen ist eine gute Kooperation mit Erziehungsberatungsstellen hilfreich. Auch im Zusammenhang mit Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen können Erziehungsfragen entstehen, z. B. im Umgang mit einem Kind, das aufgrund einer Herzschwäche in seinen sportlichen Betätigungsmöglichkeiten eingeschränkt ist, aber gerne mit seinen Freunden Fußball spielen und im Schwimmbad herumtollen möchte. Und schließlich werden Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen mit familiären Verwerfungen konfrontiert, bei denen dringend eine Unterstützung erforderlich ist. Entscheidend für die Qualität der Kooperation ist, dass der Kinder- und Jugendmediziner den richtigen Zeitpunkt erkennt, zu dem er den Eltern zur Inanspruchnahme von Erziehungsberatung rät und dass er die Arbeitsweise der Beratungsstelle angemessen und motivierend darstellen kann.

Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen haben in Situationen, in denen eine weitergehende Arbeit nötig ist, zu entscheiden, ob sie Erziehungsberatung empfehlen oder an eine Einrichtung des Gesundheitswesens überweisen. Dies hängt zunächst von der örtlichen Versorgungssituation ab. Vielerorts gibt es eine gravierende Unterversorgung an niedergelassenen Fachärzten/-ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen, so dass eine Überweisung schon deshalb scheitert. In Frage kämen dann noch überregionale kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken oder Frühförderzentren und ähnliche Einrichtungen. Jedoch ist häufig eine stationäre Unterbringung nicht indiziert und die ambulanten Angebote dieser Einrichtungen reichen nicht aus oder sind mit unzumutbaren Wegezeiten verbunden. Aber auch unabhängig von diesen Versorgungslücken empfehlen Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen die Inanspruchnahme von Erziehungsberatung. Erziehungsberatungsstellen sind erste Wahl, wenn kindliche Probleme mit Erziehungsunsicherheit der Eltern oder familiären Konflikten verbunden sind. Erziehungsberatung gewährleistet eine ganzheitliche Sichtweise der Situation und kann durch das multiprofessionelle Team unterschiedliche Perspektiven einbeziehen.

In Erziehungsberatungsstellen werden auch Kinder mit Problemen vorgestellt, die im Gesundheitssystem behandelt werden könnten. So hängt es zum Beispiel bei einnässenden oder einkotenden Kindern von vielen Faktoren ab, ob sie in einer Erziehungsberatungsstelle oder beim Kinderarzt vorgestellt werden. Melden Eltern solche Kinder in einer Erziehungsberatungsstelle an, steht in der Regel der erzieherische Bedarf im Vordergrund. Häufig ist eine Vorstellung beim Kinder- und Jugendarzt bereits erfolgt und es wurde „nichts gefunden“ – also eine somatische Verursachung ausgeschlossen. Die im Rahmen der kinderärztlichen Sprechstunde möglichen Verhaltenshinweise haben nicht zum Erfolg geführt oder konnten nicht umgesetzt werden. Nun ist die Frage offen, wie die Eltern mit dem Kind und seinem Problem umgehen sollen. In Erziehungsberatungsstellen ist eine gründliche psychologische und psychosoziale Diagnostik möglich. Hierauf baut dann eine Intervention auf, die sowohl die Unterstützung des Kindes als auch die Beratung der Eltern einschließt. Dies kann in getrennten Settings geschehen, in vielen Fällen ist aber die Arbeit mit der ganzen Familie indiziert. Dabei sollte es gelingen, auf der bisherigen Arbeit des/der behandelnden Kinder- und Jugendarztes/-ärztin aufzubauen und die notwendigen gegenseitigen Informationen auszutauschen. Aufgrund der Schweigepflicht und der Notwendigkeit zum Schutz von Sozialdaten ist dazu das Einverständnis der Klienten erforderlich.

Bei Kindern, die in Erziehungsberatungsstellen vorgestellt werden, können Fragen entstehen, die einer medizinischen Abklärung bedürfen. Wenn Eltern sich beispielsweise darüber beklagen, dass ihr heranwachsendes Kind antriebsarm und ständig müde ist, kann das daran liegen, dass es zu spät ins Bett geht



und eine besondere Art altersspezifischer Coolness entwickelt hat. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass hier eine Erkrankung vorliegt. Erziehungsberatungsstellen kooperieren dann mit dem behandelnden Kinderarzt, der einerseits das Kind kennt und einschätzen kann sowie in der Lage ist, die eventuell nötigen Untersuchungen durchzuführen oder zu veranlassen.

#### *Kinder- und Jugendpsychiatrie*

Über die Zusammenarbeit mit dem/der jeweils behandelnden Kinder- und Jugendarzt/-ärztin hinaus ist es in manchen Situationen erforderlich, fachärztliche Kompetenz mit einzubeziehen. Deshalb empfiehlt die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung den Erziehungsberatungsstellen eine institutionalisierte Kooperation mit einem Arzt (Gerth u. a. 1999). Von besonderer Bedeutung ist dabei die Zusammenarbeit mit Fachärzten/-ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie ermöglicht eine unkomplizierte Abklärung in Grenzsituationen. Dies kann in der Weise geschehen, dass Mitarbeitende der Erziehungsberatungsstellen den ärztlichen Kollegen/Kollegin anruft, in anonymisierter Form die Situation darlegt und um eine Einschätzung bittet. Günstig ist, wenn in Fällen, in denen eine unmittelbare Abklärung erforderlich ist, schnell ein Untersuchungstermin vereinbart werden kann. Leider ist aufgrund der Überlastung von Kinder- und Jugendpsychiatern/-psychiaterinnen eine solch unkomplizierte Kooperation häufig nur schwer machbar und erfordert eine Entschlossenheit zur Priorisierung der Arbeit an den Systemgrenzen von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Gleiches gilt für Situationen, in denen im Zuge einer Krankenbehandlung ein erzieherischer Bedarf erkennbar wird. Auch hier sollte ein möglichst unkomplizierter Zugang zur Erziehungsberatung gegeben sein.

Wenn eine ambulante ärztliche Behandlung erforderlich ist, muss geklärt werden, in welcher Relation sie zur weiteren Arbeit der Erziehungsberatungsstelle steht. Häufig wird eine kombinierte Behandlung vereinbart, bei der die jeweiligen Aufgaben und der Modus der gegenseitigen Information zu klären sind. Hierzu ist nicht nur die Zustimmung der Klienten einzuholen, sondern auch ihre Mitarbeit aktiv zu fördern: Die Verantwortung für die Behandlung darf nicht an die Experten delegiert werden, sondern die Klienten sollten aktiv in ihrem Zentrum stehen.

Die Zusammenarbeit mit der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie erfolgt häufig in einer zeitlichen Staffelung, sei es dass die Erziehungsberatungsstelle die Einweisung initiiert, sei es, dass die Klinik während des Aufenthaltes des Kindes oder Jugendlichen Kontakt zur Beratungsstelle aufnimmt. Erziehungsberatungsstellen empfehlen die Aufnahme in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik, wenn ihnen Kinder vorgestellt werden, bei denen offensichtlich eine Unterbringung indiziert ist. Dies ist z. B. bei klarer Selbstgefährdung durch Suizidalität oder lebensbedrohliches Unter-

gewicht der Fall. Manchmal zeigen sich aber auch erst im Hilfeverlauf Entwicklungen, die eine psychiatrische stationäre Behandlung erforderlich machen. Hierbei kommt es darauf an, zunächst die ambulanten Möglichkeiten zu nutzen – und zwar sowohl die der Kinder- und Jugend- als auch die der Gesundheitshilfe. Aber der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt nur bedingt, denn es darf nicht der Zeitpunkt verpasst werden, zu dem durch eine Weiterführung der ambulanten Behandlung das Problem verschlimmert wird. In solchen Situationen bereiten Erziehungsberatungsstellen sowohl die Eltern als auch Kinder oder Jugendliche auf die stationäre Behandlung vor. Hierbei ist besonders wichtig, den stigmatisierenden Aspekt offen zu thematisieren und gleichwohl für die Aufnahme einer als notwendig erachteten Behandlung zu motivieren. Es ist wünschenswert, dass die behandelnde Klinik nach der Aufnahme Kontakt mit der Erziehungsberatungsstelle aufnimmt, um auf der bisherigen Arbeit aufbauen zu können. Dies ist auch in Hinblick auf eine notwendig werdende Nachsorge von großer Bedeutung.

Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie nehmen häufig vor der Entlassung von Patienten Kontakt zur örtlichen Erziehungsberatungsstelle auf. Hierbei geht es meist darum, dass ein erzieherischer Bedarf gesehen wird, die Eltern also Beratung und Unterstützung im Umgang mit ihrem Kind benötigen. Auch wenn während des Klinikaufenthalts Familienprobleme sichtbar geworden sind, die professioneller Unterstützung bedürfen, wird Erziehungsberatung empfohlen. Ebenso kann es um Schwierigkeiten der Kinder und Jugendlichen bei der Rückkehr in ihr soziales Umfeld gehen. Dies betrifft nicht nur die befürchtete Stigmatisierung durch den Klinikaufenthalt, sondern vor allem Probleme, die schon vor der Einweisung bestanden und möglicherweise auch zu ihr geführt haben. Im günstigen Fall haben die Kinder im geschützten Raum der Klinik alternative Verhaltensweisen erlernt, die sich aber im Alltag bewähren müssen. Die Kinder brauchen Hilfen bei der Implementierung und beim Umgang mit Fehlschlägen und Enttäuschungen.

Auch wenn die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie manchmal schwierig ist, entfaltet die Überwindung dieser Systemgrenzen wesentliche Entwicklungspotenziale. Fegert und Schrappner (2004) haben in einem Sammelband ermutigende Beispiele gelungener Kooperation zusammengestellt.

#### *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen*

Zum Leistungsspektrum von Erziehungsberatungsstellen gehören psychotherapeutische Angebote für Kinder und Jugendliche. Sie sind in Situationen erforderlich, in denen sich Probleme und Schwierigkeiten von Kindern und Jugendlichen so verfestigt haben, dass sie nicht allein durch ein verändertes Erziehungs- und Beziehungsverhalten der Eltern lösbar sind (bke 2005a). So gibt es im Kontext der Arbeit mit der ganzen Familie therapeutische Inter-

ventionen, die sich direkt an die Kinder richten und eine Veränderung ihres Erlebens und Verhaltens zum Ziel haben. Manchmal ist es aber auch notwendig, im Einzelsetting mit Kindern zu arbeiten, z. B. wenn sie immer wieder in elterliche Streitigkeiten hineingezogen werden, wenn die kindlichen Probleme so intim sind, dass sie nicht im Detail mit den Eltern besprochen werden können oder aus anderen Gründen einer therapeutischen Unterstützung bedürfen.

Kinder- und Jugendtherapie im Rahmen der Erziehungsberatung kann allerdings nicht die Frequenz und Intensität von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei niedergelassenen Therapeuten erreichen. Deshalb kooperieren Erziehungsberatungsstellen mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutinnen in ihrem Einzugsbereich. Leider gibt es jedoch vielerorts und besonders im ländlichen Bereich und in strukturschwachen Regionen eine gravierende Unterversorgung, was zu langen Wartezeiten führt. Auch stellen weite Entfernungen zum Sitz des Therapeuten/der Therapeutin für viele Eltern ein unüberwindbares Hindernis dar, insbesondere, wenn sie auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind. Diese Mangelsituation kann durch Erziehungsberatungsstellen nicht kompensiert werden.

Wenn zu einem/einer niedergelassenen Therapeuten/Therapeutin überwiesen wird, übernimmt dieser häufig auch die Elternarbeit, weil sie ja ein Teil der therapeutischen Leistung ist. Es gibt jedoch Situationen, in denen dies nicht hinreichend ist. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn es gravierende familiäre Konflikte gibt. Elternarbeit im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie intendiert primär die Instruktion der Eltern, wie sie mit einem kranken Kind umgehen sollen. Zentraler Bezugspunkt ist also die kindliche Störung und ihre Behandlung. Gibt es jedoch starke familiäre Konflikte, Beziehungsstörungen der Eltern oder ausgeprägte Geschwisterivalitäten ist eine allparteiliche Haltung erforderlich, die impliziert, unterschiedliche Positionen und Perspektiven einzunehmen, strategische Bündnisse zu schließen und verstörende Impulse in rigide System zu senden. Auch Erziehungsberater/-beraterinnen sind natürlich letztlich dem Kindeswohl verpflichtet und alle Maßnahmen orientieren sich an dieser Richtschnur. Sie gehen jedoch in den flexibleren Settings der Erziehungsberatung nicht so ein starkes Bündnis mit dem Kind ein wie ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Die Fortführung der Elternarbeit in der Erziehungsberatungsstelle ist auch dann indiziert, wenn eine intensive Arbeit im sozialen Umfeld erforderlich ist, z. B. im Kindergarten oder in der Schule.

Wenn beide Einrichtungen mit dem Kind und seiner Familie arbeiten, sind klare Absprachen über Zuständigkeiten und Informationsweitergabe unabdingbar. Dies ist auch der Fall, wenn bei einer laufenden Therapie bei einem/einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutin die zusätzliche Inanspruchnahme von Erziehungsberatung angeregt wird. Hier

sind sowohl der notwendige therapeutische Schutzraum des Kindes als auch das Erziehungsrecht der Eltern und ihre daraus resultierende Steuerungsverantwortung für alle Maßnahmen, die ihr Kind betreffen, zu beachten.

Ein ungelöstes Problem wird dadurch verursacht, dass manche Kinder von der Behandlung durch niedergelassene Therapeuten/Therapeutinnen ausgeschlossen sind, weil sie als nicht therapiefähig gelten. Dies kann auch damit zusammenhängen, dass ihre Eltern nicht in der Lage sind, eine regelmäßige Terminwahrnehmung zu gewährleisten. Damit ist Kindern, die in einer belastenden oder gefährdenden Familiensituation leben und aus Sicht der Kinder- und Jugendhilfe besonderen Behandlungsbedarf haben, von Leistungen des Gesundheitssystems strukturell ausgegrenzt. Auch wenn die Kinder- und Jugendhilfe keine Ausfallbürgschaft für fehlende Leistungen des Gesundheitssystems übernehmen kann, stellt sich doch die Frage, wie die Gesellschaft mit der Not dieser Kinder und Jugendlichen umgehen will.

#### *Erwachsenenpsychotherapeuten/-therapeutinnen*

Erziehungsberatungsstellen setzen in ihre Arbeit mit Eltern psychotherapeutische Methoden ein. Diese ist zum Beispiel der Fall wenn bei einer Mutter der innere Zugang zum Kind durch Erfahrungen in der eigenen Kindheit blockiert ist, die zunächst bewusst gemacht und aufgearbeitet werden müssen. Ebenso kann ein Vater die Eskalationsmuster, in die er immer wieder mit seinem Sohn gerät, im Lichte der Erfahrungen mit seinem Vater besser verstehen und verändern. Der Einsatz therapeutischer Methoden mit Erwachsenen ist also daran orientiert, die Beziehungen zum Kind zu verbessern bzw. die Erziehungsfähigkeit wiederherzustellen (bke 2005a).

Diese Möglichkeiten sind allerdings sowohl durch die Arbeitskapazität der Erziehungsberatungsstellen als auch die Abgrenzungsnotwendigkeit zu Psychotherapie als Krankenbehandlung begrenzt. Geht es um umfassendere Persönlichkeitsaspekte der Eltern oder ist der zu erwartende zeitliche Aufwand zu groß, ist eine Überweisung an einen niedergelassenen Therapeuten indiziert. Dabei wird geklärt, wie die beiden unterschiedlichen Hilfen gut aufeinander abgestimmt werden können, das heißt, welche Themen an welchem Ort behandelt werden und wie mit Überschneidungen und Konflikten umgegangen wird. Dabei wird der Patient bzw. Ratsuchende in den meisten Fällen die entscheidende Scharnierfunktion wahrnehmen.

Diese Abstimmungsnotwendigkeit ergibt sich auch, wenn vom/von niedergelassenen Therapeuten/Therapeutinnen zur Erziehungsberatung überwiesen wird. Dies geschieht gewöhnlich in Situationen, in denen in der Therapie kindbezogene Fragen aufgetreten sind, die aufgrund von Umfang oder Aktualität und Dringlichkeit den Rahmen der Therapie sprengen oder spezifische erziehungsberaterische Kompetenz erfordern.

#### *Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII*

Das Hilfeplanverfahren gemäß § 36 SGB VIII hat eine Schlüsselstellung bei der Ermittlung der geeigneten und notwendigen Hilfe für ein Kind oder einen Jugendlichen. Hierbei geht es häufig nicht nur um die Auswahl einer einzigen Hilfe, sondern um eine Kombination unterschiedlicher Hilfearten – und die dabei notwendigen Abstimmungsprozesse. Hier können Erziehungsberater aufgrund ihrer diagnostischen und therapeutischen Kompetenz wertvolle Beiträge liefern (vgl. bke 2006a, S. 8f.). Dies ist nicht nur im Vorfeld einer Heimunterbringung bzw. bei der Suche nach einer geeigneten erzieherischen Hilfe von Bedeutung. Mitunter werden bereits die entsprechenden Leistungen von Erziehungsberatungsstellen als fachdienstliche Aufgaben strukturell in das Hilfeplanverfahren integriert. Im Jahr 2003 waren Erziehungsberatungsstellen an der Hilfeplanung für etwa 12.000 Hilfen zur Erziehung beteiligt (ebd., S. 13). Die hohe Prävalenz psychischer Störungen bei Heimkindern (vgl. Kapitel 3.2) legt nahe, diese Kompetenzen der Erziehungsberatungsstellen entsprechend der Empfehlung des Deutschen Vereins systematisch zu nutzen (Deutscher Verein 1994, S. 308). Das Modellprogramm Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens (2005), das unter dem programmatischen Titel *Innovation durch Kooperation* stand, hat das hier gegebene Potenzial nicht ausgelotet.

Erziehungsberaterische Kompetenz ist bei Fragestellungen, die eine mögliche Behandlung im Gesundheitssystem betreffen, von besonderer Bedeutung. Insbesondere, wenn es um die Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie geht, ist Erziehungsberatung diejenige Instanz in der Kinder- und Jugendhilfe, die eine gleiche Sprache mit dem Gesundheitssystem sprechen kann. Erziehungsberatungsstellen verfügen über diagnostische Kompetenz, die eine Einschätzung der psychischen Situation des Kindes erlaubt. Ihre therapeutische Kompetenz ermöglicht die Beurteilung der Möglichkeiten der Krankenbehandlung und ihre Vernetzungskompetenz erleichtert es, für ein Kind eine geeignete Einrichtung zu finden und die notwendigen Kooperationsbeziehungen herzustellen.

#### *Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII*

Erziehungsberatungsstellen sind im Bereich der Eingliederungshilfen in unterschiedlicher Weise aktiv: Sie können sowohl die an den Heranwachsenden gerichtete Leistung selbst erbringen als auch im Rahmen fachdienstlicher Aufgaben bei der Leistungsbewilligung tätig werden.

Ausgehend von der Gesetzessystematik können die erzieherischen Hilfen in ihrer gesamten Bandbreite Eingliederungshilfe sein. Anspruchsvoraussetzung ist dann nicht der erzieherische Bedarf (§ 27 SGB VIII), sondern die drohende oder bereits eingetretene Beeinträchtigung des Kindes/Jugendlichen bei der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 35a SGB VIII). Während bei den

erzieherischen Hilfen die Eltern anspruchsberechtigt sind, ist es bei der Eingliederungshilfe das Kind/der Jugendliche.

Während Erziehungsberatung in der Regel unmittelbar in Anspruch genommen wird, ist Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII vom örtlichen Jugendamt zu gewähren. Eine Leistungserbringung durch die Erziehungsberatung setzt eine entsprechende Regelung über ihr Leistungsspektrum in der Vereinbarung mit dem Jugendamt nach § 36a Abs. 2 SGB VIII voraus. In der Regel wird das Jugendamt die ambulante Eingliederungshilfe selbst gewähren. Bei der oben referierten Erhebung ist nicht gesondert erfragt worden, ob den aus Anlass einer seelischen Behinderung durchgeführten Einzelfallberatungen eine solche Gewährung durch das Jugendamt voraus gegangen ist. Da jedoch im Jahr 2007 von den Jugendämtern lediglich in 406 Fällen Eingliederungshilfe in ambulanter Form gewährt worden ist (Stat. Bundesamt 2009, Tab. 3b), kann davon ausgegangen werden, dass die antwortenden Einrichtungen bei den angegebenen ca. 8.000 Fällen in der Regel eine direkte Inanspruchnahme der „Eingliederungshilfe“ angenommen haben. Wenn im Rahmen eines Hilfeplanverfahrens im Jugendamt Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII als Eingliederungshilfe gewährt wird, umfasst dies häufig auch standardisierte Übungsverfahren für Kinder/Jugendliche mit besonderem Förderungsbedarf. Aufgrund der besonderen rechtlichen Situation wird die erbrachte Leistung vielfach einzelfallbezogen finanziert.

Zunehmend werden Erziehungsberatungsstellen im Rahmen der Bewilligung von Leistungen der Eingliederungshilfe durch die Jugendämter in Anspruch genommen. Dabei wird der Umstand genutzt, dass viele Erziehungsberater approbierte Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/-therapeutinnen oder psychologischen Psychotherapeuten/-therapeutinnen mit besonderen Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind. Als solche sind sie berechtigt, eine Stellungnahme hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit gemäß § 35a Abs. 1a SGB VIII abzugeben. Es muss jedoch beachtet werden, dass diese Berechtigung an die persönliche Qualifikation eines Mitarbeiters/einer Mitarbeiterin gebunden ist. Nach dem Tenor von § 35a SGB VIII ist offensichtlich, dass die Feststellung der „Abweichung der seelischen Gesundheit“ als Voraussetzung einer möglichen Leistung der Kinder- und Jugendhilfe durch einen Vertreter des Gesundheitssystems getroffen werden soll. Deshalb kann diese Aufgabe nicht institutionell einer Erziehungsberatungsstelle als einer Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe übertragen werden. Wenn dennoch die vorliegenden Kompetenzen in Anspruch genommen werden sollen, sind klare Regelungen erforderlich, die deutlich machen, dass hier eine Aufgabe des Gesundheitswesens wahrgenommen werden soll (vgl. bke 1998a, S. 6.)

Eine Beteiligung der Erziehungsberatungsstelle ist jedoch möglich, wenn es um die dem Jugendamt obliegende Feststellung geht, ob eine Beeinträchtigung

der Teilhabe des Kindes/Jugendlichen am Leben in der Gesellschaft vorliegt oder nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist (§ 35a Abs. 1 SGB VIII). Jugendämter versprechen sich von der Beteiligung von Erziehungsberatungsstellen eine Kombination von diagnostischer Kompetenz sowie kinder- und jugendhilfespezifischen Hintergrundwissen. Insbesondere ist in dem Übergangsbereich zwischen Krankheit und Behinderung einerseits und erzieherischem Bedarf andererseits zu klären, ob ein Problem, das den Eltern allein als eines des Kindes erscheint, nicht vielmehr den erzieherischen Bedarf des Familiensystems zum Ausdruck bringt (bke 1997, S. 7; Trepte/Fenkner 2006).

## **7 Gesundheitsförderung im Rahmen der Einzelberatung**

### **7.1 „Gesundheitsthemen“ in der Einzelberatung**

Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung hat in ihrer 2007 durchgeführten Erhebung auch erfasst, welche gesundheitsbezogenen Themen in Einzelberatungen neben den eigentlichen Anlässen für eine Beratung angesprochen worden sind. Dabei konnten gesundheitsbezogene Themen auch in solchen Beratungen aufgenommen worden sein, die etwa im Zusammenhang von Trennung und Scheidung der Eltern oder Leistungsschwierigkeiten des Kindes – also üblichen Themen der Erziehungsberatung – begonnen worden waren. Als gesundheitsbezogene Themen waren vorgegeben:

- Ernährung
- Hygiene
- Bewegung/Sport
- Umgang mit Medien (TV, PC, Internet)
- Rauchen/Alkohol/Drogen
- Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter
- Psychische Erkrankungen von Eltern

Auch hier nutzten die Beratungsstellen in hohem Maße die Möglichkeit, ihre Erfahrungen einzubringen. Bei den Themen „Umgang mit Medien“ und „Psychische Erkrankungen von Eltern“ machen nur 5 bzw. 7 % der Einrichtungen keine Angaben. Zum Thema „Hygiene“ machen dagegen knapp 30 % der Beratungsstellen keine Angaben.

Es bestand bei der Frage die Möglichkeit, konkrete Zahlen anzugeben, wenn diese bekannt waren oder in Zehner-Intervallen zu schätzen, bei wie vielen Einzelberatungen ein Thema angesprochen worden war. Selbst erhobene Daten wurden je nach Thema von 4 bis 8 % der Beratungsstellen angegeben. Auch hier bestand somit die Möglichkeit, die geschätzten Werte zu den erhobenen in Beziehung zu setzen. Anders als bei den gesundheitsbezogenen Anlässen der Beratung liegt bei der Frage nach gesundheitsbezogenen Themen der Durchschnitt der geschätzten Fälle höher als der Durchschnitt der bekannten Fälle. Insofern können im Folgenden leicht überhöhte Werte vorliegen. Dennoch lässt sich an ihnen die Bedeutung der einzelnen Themen in der Erziehungs- und Familienberatung ablesen. Für „Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter“ und „Psychische Erkrankungen der Eltern“ – also Themen, die stärker im Blickfeld der Erziehungsberatung liegen – ist dagegen wie bei den gesundheitsbezogenen Anlässen die durchschnittliche Zahl der bekannten Fälle höher als die der geschätzten.

Mit Abstand am häufigsten wird von den Erziehungs- und Familienberatungsstellen der *Umgang mit Medien* als ein Thema benannt, dass bei Gelegenheit einer aus anderen Gründen begonnenen Beratung besprochen wird. Bei mindestens 23.000 Kindern und Jugendlichen wurde der Gebrauch von Fernsehen, Computer oder Internet thematisiert. Das ist etwa ein Viertel aller erfassten gesundheitsbezogenen Themen.



Tabelle 8: Gesundheitsbezogene Themen in der Einzelberatung

	Durchschnittliche Zahl der Fälle je Beratungsstelle <sup>4</sup>	Durchschnittliche Zahl der Fälle je Beratungsstelle	Mindestzahl der Fälle im Jahr 2007	Prozentwerte
Umgang mit Medien (TV, PC, Internet)	23,3	22,0	23.000	24
Psychische Erkrankungen der Eltern	17,3	16,0	16.500	18
Bewegung/Sport	17,8	15,6	16.000	17
Rauchen, Alkohol, Drogen	17,1	15,2	15.500	16
Ernährung	11,0	8,8	9.000	10
Chronische Erkrankungen im Kindesalter	10,3	8,0	8.000	9
Hygiene	8,4	5,9	6.000	6

Quelle: bke 2009; Menne 2009 S. 34

Drei weitere gesundheitsbezogenen Themen, die in Einzelberatungen angesprochen werden, nämlich: *psychische Erkrankungen von Eltern*, *Bewegung/Sport* sowie *Rauchen/Alkohol/Drogen* treten mit etwa gleicher Häufigkeit auf. Auf sie entfallen jeweils etwa 16.000 Einzelberatungen. Das entspricht jeweils etwa 17 % der gesundheitsbezogenen Themen.

*Ernährung*, *chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter* und *Hygiene* sind dagegen Themen, die zwar einen deutlichen Gesundheitsbezug aufweisen, aber aufgrund ihrer Körperbezogenheit wohl eher beim Kinder- und Jugendarzt als in der Erziehungsberatung thematisiert werden. Sie wurden im Jahr 2007 in mindestens 10.000 bzw. 8.000 und 6.000 Fällen im Rahmen von Beratungsgesprächen thematisiert. Das entspricht jeweils 10 %, 9 % und 6 % der gesundheitsbezogenen Themen

## 7.2 Kommentar

Eine herausragende Stellung bei den gesundheitsbezogenen Themen, die im Zuge einer Beratung angesprochen werden, die ursprünglich aus einem anderen Anlass aufgenommen wurde, nimmt der Umgang mit Medien ein. Häufig gibt es Erziehungs- und Beziehungsprobleme im Zusammenhang mit der Nutzung von Fernsehen, Computer und Internet. Diese Medien gehören

<sup>4</sup> Einschließlich der erhobenen und geschätzten Angaben.

zur Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen. Insbesondere die Kommunikation im Internet ist für viele Kinder/Jugendliche ein wesentlicher Bestandteil ihres Beziehungsgefüges geworden: Hier werden mit Klassenkameraden und Freunden Informationen ausgetauscht, Verabredungen getroffen und Ereignisse geplant. Die entsprechenden Plattformen ermöglichen es auch, auch über große Distanzen (z. B. nach einem Umzug) Kontakte zu halten, sie beinhalten auch die Möglichkeit zu weltweiten virtuellen Kontakten. Dies ist vielen Eltern fremd. Für sie steht die Befürchtung im Vordergrund, dass sich ihre Kinder in diesem Medium verlieren, zu viel Zeit am Computer verbringen, dort Gewaltverherrlichung und Pornographie erleben und von der realen Welt abkapseln.

Erziehungsberatung initiiert in dieser Situation präventive Dialoge. Noch bevor sich die Fronten zu sehr verhärten, sollen Eltern und ihre heranwachsenden Kinder ins Gespräch über die Nutzung dieser Medien kommen. Eltern sollen erfahren, was ihre Kinder am PC machen und diese sollen erfahren, welche Befürchtungen ihre Eltern haben. Beides ist nicht selbstverständlich, denn die entsprechenden Auseinandersetzungen verlaufen oft sehr oberflächlich, sind geprägt durch pauschale Verurteilungen des Mediums und undifferenzierte Abwehr elterlicher Erziehungsversuche.

Mütter und Väter werden durch Erziehungsberatung dabei unterstützt, hier eine kontinuierliche Erziehungshaltung zu entwickeln. Dazu gehört zunächst ein von Wertschätzung getragenes Interesse an dem, was die Kinder und Jugendlichen an Computer, Fernsehen und Internet fasziniert und zu welchen Zwecken sie es nutzen – denn häufig wird dieses Thema nur im Rahmen von Konflikten akut, was eine differenzierte Auseinandersetzung verhindert. In einer solchen Atmosphäre ist es auch leichter, über elterliche Sorgen und Befürchtungen ins Gespräch zu kommen. Manchmal brauchen Eltern allerdings auch beraterische Unterstützung bei der Durchsetzung ihres Rechts und ihrer Pflicht, über entsprechenden Aktivitäten ihrer Kinder Bescheid zu wissen. Gerade erziehungsunsichere Eltern fällt es oft schwer, Informationen darüber zu bekommen, wie lange ihre Kinder fernsehen und was sie am Computer machen – selbst wenn sie eindeutige Hinweise auf jugendgefährdende Inhalte haben.

Bewegungsmangel ist ein weiteres Thema, auf das Eltern im Verlauf von Beratungen, die aufgrund eines anderen Anlasses begonnen haben, zu sprechen kommen. Hierbei gibt es eine deutliche Verbindungslinie zur Mediennutzung, kann doch im Internet und im Fernsehen Hochfaszinierendes erlebt werden, ohne dass dazu besondere Anstrengungen nötig sind. Die Neigung zu Konsum ohne Anstrengung korrespondiert häufig mit einer verwöhnenden Erziehungshaltung, die daran orientiert ist, Kindern Hindernisse aus dem Weg zu räumen und das Leben leicht zu machen. Dabei spielt die Scheu vor Auseinandersetzungen eine wichtige Rolle.

Gesundheitsvorsorge in der Erziehungsberatung bedeutet auch, Eltern zu ermuntern, schwierige Themen anzusprechen und Auseinandersetzungen zu wagen. Dabei ist auch die elterliche Vorbildfunktion bedeutsam. Dies trifft besonders bei Ernährungsfragen zu. Wenn in der Erziehungsberatung von Fehlernährung die Rede ist, findet man häufig einen familiären Kontext, in dem das Essen seiner sozialen Funktion entkleidet und auf Nahrungsaufnahme reduziert ist. Ist das Essen nicht an bestimmte Zeiten, Orte und soziale Zusammenhänge gebunden ist, verschwimmen zudem die Grenzen zur Nutzung des Essens zu Zwecken der Frustrationsverarbeitung und Befriedigung oraler Bedürfnisse: Wenn sowieso jeder isst, was und wann er will, ist der Weg zum Kühlschrank auch für Situationen geebnet, in denen gerade der Aufstieg ins nächste Level des Computerspiels verpasst wurde. Erziehungsberatung unterstützt deshalb die Eltern bei der Entwicklung eines gesundheitsfördernden familiären Kontexts des Essens und die Kinder bei der Auseinandersetzung mit ihrem Essverhalten. Bei der verbreiteten Vorliebe für Fastfood spielen auch soziale Aspekte eine Rolle: Wenn sich die Freunde im Fastfood-Restaurant verabreden, kann man nicht folgenlos seine Körnerbrötchen mit Biokäse auspacken. Auch wenn in solchen Konstellationen gesunder Ernährung Grenzen gesetzt sind, kann durch elterliches Erziehungsverhalten auch hier Einfluss genommen werden. So können Eltern ermuntert werden, selbst zu kochen, statt Fertiggerichte zu servieren, die einen gefälligen Einheitsgeschmack haben und durch Geschmacksverstärker die entsprechenden Rezeptoren an Überstimulation gewöhnen. Dies eröffnet zudem die Möglichkeit, Kinder in die Zubereitung der Nahrung und der Auswahl der Lebensmittel einzubeziehen.

Rauchen, Alkoholmissbrauch und Drogenkonsum bei Jugendlichen und psychische oder Suchterkrankungen eines Elternteils sind sowohl Beratungsanlässe als auch Themen, die erst im Laufe einer Beratung angesprochen werden. Im letzteren Fall geht es häufig um verdeckte oder tabuisierte Themen. Dabei ist eine hohe Beraterische Sensibilität für die Faktoren gefragt, die bisher eine Aufdeckung verhindert haben. Mit diesen Kräften muss man sich auseinandersetzen, wenn man die eine Öffnung eines eingefahrenen Systems erreichen will. Bei aller Behutsamkeit muss dabei die Sicherung des Kindeswohls im Blick behalten und der Zeitpunkt erkannt werden, zu dem eine klare Konfrontation erfolgen muss – sei es, weil das Kind psychischer oder physischer Gewalt ausgesetzt ist, sei es, dass ihm die adäquate Erziehung und Förderung vorenthalten wird.

## 8 Der Beitrag der Erziehungsberatung zur allgemeinen Gesundheitsförderung

### 8.1 Themen, Zielgruppen und Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen bei präventiven Angeboten zur Gesundheitsförderung

Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung hat in ihrer Erhebung erfragt, durch welche präventiven Angebote die Erziehungs- und Familienberatungsstellen zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen beitragen. Insgesamt wurden von den Beratungsstellen 468 einzelfallübergreifende Angebote benannt. Darunter waren auch solche Angebote, die auf die allgemeine Förderung der Erziehungsfähigkeit von Eltern zielten oder andere in der Erziehungsberatung häufig bearbeitete Themen wie Trennung und Scheidung oder sexuelle Gewalt. Auf sie war hier nicht abgestellt worden. (Und sie waren auch von der Mehrzahl der antwortenden Einrichtungen nicht benannt worden, wie ein Vergleich mit früheren Untersuchungen zum Leistungsspektrum von Erziehungsberatungsstellen (bke 1994, S. 15f.) deutlich macht). Deshalb sind sie in die Auswertung nicht eingegangen. Dadurch verringert sich die Zahl der benannten Angebote auf 346. Aus den freien Antworten der Beratungsstellen wurden für die Themen, die Zielgruppen und Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen jeweils zusammenfassende Kategorien gebildet.

*Themen präventiver Angebote zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen*  
Die benannten Themen präventiver Angebote zur Gesundheitsförderung wurden zusammengefasst unter:

- Säugling/Kleinkind
- Ernährung/Esstörungen
- Bewegung
- Ängste
- Pubertät/Sexualität
- ADHS
- Rauchen
- Medien
- Sucht
- Sonstige Gesundheitsthemen

Auch unter den präventiven Angeboten zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen steht in der Erziehungs- und Familienberatung

ADHS an der Spitze. Auf dieses Thema entfallen 15 % der in die Auswertung eingegangenen Veranstaltungen.

Der Umgang mit *Säugling und Kleinkind*, ein Thema, das erst in den letzten Jahren stärkeren Eingang in die Arbeit der Erziehungs- und Familienberatung gefunden hat, und der Umgang mit Medien werden für jeweils 14 % der Veranstaltungen benannt. Es folgen *Ernährung und Essstörungen* (13 %), *Pubertät/Sexualität* (10 %), *Bewegung* (8%) und *Sucht* (7 %).

Tabelle 9: Präventive Angebote zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Erziehungsberatungsstellen

	Prozentwerte
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	15
Säugling/Kleinkind	14
Medien	14
Ernährung/Esstörungen	13
Pubertät/Sexualität	10
Bewegung	8
Sucht	7
Ängste	2
Rauchen	1
Sonstige Gesundheitsthemen	17

Quelle: bke 2009

#### *Zielgruppen präventiver Angebote zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen*

Aus den freien Angaben der Beratungsstellen zu den Adressaten, die sie mit den jeweiligen Veranstaltungen erreichen wollten, sind die folgenden Zielgruppen zusammengefasst worden:

- Eltern
- Eltern und Kinder
- Mütter; Alleinerziehende
- Väter
- Eltern und Kinder mit Migrationshintergrund
- Kinder (bis 12 Jahre)
- Jugendliche (ab 12 Jahre)
- Fachkräfte
- Andere Betreuungspersonen
- Sonstige

Wie zu erwarten sind *Eltern* auch bei den präventiven Angeboten der Erziehungs- und Familienberatungsstellen zur Gesundheitsförderung ihrer Kinder die ersten Ansprechpartner. Bei 40 % der Veranstaltungen werden Eltern als alleinige Zielgruppe benannt. Eltern und Kinder gemeinsam sind Adressaten bei 8 % der Veranstaltungen gewesen. Spezielle Angebote – bei diesem für die Erziehungsberatung bereits spezifisch eingegrenzten Themenkreis der Gesundheitsförderung – für Mütter oder für Alleinerziehende bzw. auch für Eltern und Kinder mit Migrationshintergrund wurden nur in 2 bzw. 1 % der Nennungen gemacht. Es lässt sich zusammenfassen: Jedes zweite gesundheitsbezogene Präventionsangebot hat sich an Eltern gerichtet.

Ein Viertel der Angebote zur Gesundheitsförderung hat sich auch direkt an *Kinder* und *Jugendliche* gerichtet. Dabei wurden Jugendliche mit 14 % etwas häufiger benannt als Kinder (12 %).

Gut 10 % der Angebote richtete sich an *Fachkräfte*. Dazu zählten z. B. Lehrer/-innen, Erzieher/-innen, Hebammen/Entbindungspfleger und Sozialarbeiter/-innen. Für sie wurden 11 % der präventiven Angebote zur Gesundheitsförderung ausgerichtet.

*Andere Betreuungspersonen* wie z. B. Tagesmütter, Adoptiveltern, Paten und Pflegeeltern waren bei 3 % der Veranstaltungen Zielgruppe des Angebots. Weitere 10 % der Angebote richteten sich an Zielgruppen.

Tabelle 10: Zielgruppen präventiver Angebote zur Gesundheitsförderung in Erziehungsberatungsstellen

	Prozentwerte
Eltern	40
Eltern und Kinder	8
Mütter, Alleinerziehende	2
Eltern und Kinder mit Migrationshintergrund	1
Jugendliche	14
Kinder	12
Fachkräfte	11
Andere Betreuungspersonen	3
Sonstige	10

Quelle: bke 2009; Menne 2009, S. 34

*Zusammenarbeit bei präventiven Angeboten zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen:* Von den 346 benannten (und in die Auswertung eingegangenen) Veranstaltungen waren 58 % von der Erziehungsberatungsstelle allein durchgeführt worden. 42 % der Veranstaltungen wurden in Zusammenarbeit mit verschiedensten Einrichtungen und Institutionen durchgeführt. Auch hier wurden ordnende Kategorien aus den freien Nennungen der Beratungsstellen abgeleitet. Die Zusammenarbeit erfolgte danach mit:

- Kindertagesstätten,
- Schulen,
- Familienbildungsstätten,
- Familienzentren,
- Allgemeinem Sozialdienst; Jugendamt,
- Gesundheitswesen,
- Suchtberatung,
- Fortbildungseinrichtungen,
- Örtliche Netzwerke; andere Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen,
- Sonstige.

Bei den Kooperationspartnern im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen werden *Kindertagesstätten* am häufigsten genannt. Beinahe jede vierte Veranstaltung (23 %) wird gemeinsam mit ihnen ausgerichtet.

*Schulen* sind bei etwa jedem fünften präventiven Angebot, das in Zusammenarbeit durchgeführt wird, die kooperierende Institution. Dies sind Schulen aller Schularten: Grundschulen, Hauptschulen ebenso wie Gymnasien. 12 % der präventiven Angebote zur Gesundheitsförderung werden in Zusammenarbeit mit dem *Gesundheitswesen* durchgeführt. Dabei werden neben Kliniken und Gesundheitsamt auch Hebammen/Entbindungspfleger und Krankenkassen genannt.

Frühförderstellen und Sozialpädagogischen Zentren wurden als Kooperationspartner für präventive Aktivitäten zur Gesundheitsförderung nicht genannt.

*Örtliche Netzwerke* wie z.B. Lokale Bündnisse für Familien, Präventionsrat oder Arbeitskreise sind ebenso Partner in der Zusammenarbeit bei diesen Angeboten wie andere Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen (z. B. Jugendbüro, Jugendhaus oder Kinderschutzzentrum). Auf sie entfallen 9 % der Nennungen.

Mit *Familienbildungsstätten* erfolgten bei dem Thema Gesundheitsförderung 8 % der Kooperationen. Auf Familienzentren entfielen weitere 7 %. Der Allgemeine Soziale Dienst bzw. das Jugendamt war ebenso wie die Suchtberatung mit 5 % bei dieser Thematik eher selten Kooperationspartner.

Vereinzelt (3 %) wurden präventive Angebote auch zusammen mit einer Fachhochschule oder einer Universität ausgerichtet.

Tabelle 11: Zusammenarbeit bei präventiven Angeboten zur Gesundheitsförderung

	Prozentwerte
Kindertagesstätten	23
Schulen	19
Gesundheitswesen	12
Örtliches Netzwerk; andere Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe	9
Familienbildungsstätten	8
Familienzentren	7
ASD/Jugendamt	5
Suchtberatung	5
Fortbildungseinrichtungen	3
Sonstige	9

Quelle: bke 2009

#### *Teilnehmerzahl*

Im Durchschnitt erreichte eine Erziehungsberatungsstelle durch ein gesundheitsbezogenes Angebot etwa 30 Personen. Insgesamt hat die Erziehungsberatung mit diesen gesundheitsbezogenen Präventionsangeboten im Jahr 2007 mehr als 20.000 Teilnehmer und Teilnehmerinnen gewonnen. Damit ist deutlich, dass ein Präventionsangebot zu dieser Thematik von den Beratungsstellen eher am Rande angeboten wird. Denn mit präventiven Angeboten zur Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern haben die Einrichtungen im Jahr 2003 – bei lediglich 15 angenommenen Teilnehmern pro Veranstaltung – mindestens 200.000 Eltern oder Erziehungsberechtigte erreicht (Menne 2006a, S. 201).

## 8.2 Kommentar

In der Erziehungsberatung werden immer wieder Themen angesprochen, die für das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen relevant sind, selbst wenn sie nicht direkter Beratungsanlass sind. Insofern wirkt Erziehungsberatung auch als Einzelfallhilfe präventiv, ermöglicht Eltern und Kindern Zugang zu fachlicher Unterstützung, schon bevor eine Erkrankung eingetreten ist. So können Familien in der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise unterstützt werden.

Die einzelfallübergreifenden Angebote sind ein weiterer Baustein der Gesundheitsförderung durch Erziehungsberatungsstellen. Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung empfiehlt, dass 30 % der Arbeitskapazität



für präventive Angebote und Vernetzungsaktivitäten eingesetzt werden (Gerth u. a. 1999). Solche Angebote werden häufig in Kooperation mit anderen Organisationen angeboten, um durch zugehende Angebote Zielgruppen besser zu erreichen. Besonders häufig wird mit Kindertagesstätten und Schulen zusammengearbeitet. Durch die Entwicklung von institutionalisierter Kooperation mit Familienzentren und Mehrgenerationenhäusern ergeben sich neue Möglichkeiten der Zielgruppenerreichung.

Themen präventiv orientierter Veranstaltungen ergeben sich entweder aus konkreten Bedarfslagen der Kooperationspartner oder sind Impulse, die die Erziehungsberatungsstellen aufgrund wahrgenommener Bedarfe und Notwendigkeiten setzen wollen. Neben spezifischen Erziehungsfragen werden dadurch immer wieder Themen generiert, die sich auf die Gestaltung des Alltags mit Kindern und Jugendlichen beziehen. Häufig vertreten sind dabei der Umgang mit Sexualität, gesunde Ernährung, Computer, Internet, Fernsehen, Rauchen, Alkohol und Drogen.

In letzter Zeit ist das Interesse an Themen aus der Zeit der frühen Kindheit stark gewachsen. Dies betrifft allgemeine Themen des Umgangs mit dem Neugeborenen sowie spezifische Probleme wie Schlafstörungen und heftiges Schreien. Erziehungsberatungsstellen suchen hier Kooperation mit Hebammen, Geburtskliniken und Kinder- und Jugendärzten/-ärztinnen, um die Personengruppen zu erreichen, die die Hilfe am dringendsten brauchen.

Die hohe Zahl von Veranstaltungen zum Thema ADHS zeigt, dass sich hier in einem erheblichen Maße erzieherische Fragen stellen und zwar sowohl bei Eltern als auch bei Lehrern/Lehrerinnen und Erziehern/Erzieherinnen. Dies betrifft zunächst allgemeine Informationen über das Störungsbild. Dahinter steht häufig die Frage, ob bestimmte Kinder möglicherweise von einer solchen Erkrankung betroffen sind. Wichtig sind aber auch Fragen nach dem adäquaten Umgang mit solchen Kindern und Jugendlichen.

Die einzelfallübergreifenden Angebote der Erziehungsberatung ermöglichen es, Eltern zu erreichen, bevor sich Schwierigkeiten zu handfesten Problemen verdichtet haben. Zugleich ebnen sie den Weg zur Erziehungsberatung, weil es leichter fällt, Beratungsangebote anzunehmen, wenn man schon einmal persönliche Erfahrungen mit einem entsprechenden Berater gemacht hat. Dies gilt insbesondere für Personengruppen, die externen Hilfestellungen skeptisch gegenüberstehen.

Präventive Angebote nutzen zudem die besonderen Möglichkeiten, die sich durch die Kooperation mit anderen Institutionen und die Arbeit mit Gruppen ergeben. So können viele verschiedene Menschen erreicht und durch Austausch kontroverser Positionen und Weitergabe eigener Erfahrungen konstruktive Diskurse angeregt werden. Durch Einbezug der kooperierenden Einrichtungen in Vor- und Nachbereitung können diese die begonnen Prozesse weiterführen und für nachhaltige Wirkungen sorgen.

## 9 Gesundheitsthemen im Rahmen der bke-Onlineberatung

Auf der Basis des Beschlusses der Jugendministerkonferenz vom Mai 2003 ist der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung die Trägerschaft des Projekts *Beratung für Jugendliche und Eltern im Internet* übertragen. Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung hält auf zwei Websites – bke-jugendberatung.de und bke-elternberatung.de – Beratungsangebote für die beiden Adressatengruppen vor. Dabei bieten beide Websites als Leistungen an:

- Diskussionsforen,
- Gruppen- und Themenchats,
- Einzelberatung als Mailberatung und als Chatberatung sowie eine
- Offene Sprechstunde.

Das Onlineberatungsangebot wird von beiden Adressatengruppen gut angenommen. Monatlich erfolgen auf die beiden Websites etwa 150.000 eindeutige Zugriffe (visits). Im Jahr 2007 konnten 8.297 neue Nutzer und Nutzerinnen registriert werden. Das entspricht einer Zunahme gegenüber dem Vorjahr von 29% (bke 2008, S. 5).

Ähnlich wie in den örtlichen Beratungsstellen zählen Gesundheitsthemen nicht zu den expliziten Angeboten der Onlineberatung. Dennoch werden sie von den Ratsuchenden eingebracht und machen einen bedeutsamen Anteil an den Aktivitäten aus.

### 9.1 bke-Elternberatung

Das Bild der Website wird gegenüber neuen Nutzern und Nutzerinnen insbesondere durch das angebotene Diskussionsforum geprägt. Es kann eingesehen und gelesen werden ohne dass zuvor eine Registrierung erforderlich ist. Für mögliche Gesundheitsthemen kommen dabei insbesondere die Foren:

- Die lieben Kleinen – Sorgen und Anliegen für die Altersgruppe von 0 bis 6 Jahre,
- Sorgen mit Kindern zwischen 6 und 12 Jahren,
- Große Kinder – große Sorgen (ab 12 Jahre),
- Stress mit Schule und Lernen sowie
- Elternkonflikte, Trennung, Scheidung und Patchwork-Familien

in Betracht. In diesen Foren wurden im Jahre 2007 von den Eltern insgesamt 6.054 Beiträge gepostet (Thiery 2008; hieraus sind auch die weiteren Angaben zu Gesundheitsthemen in den Diskussionsforen für Eltern und Jugendliche

entnommen). Ein neues Thema wurde von 605 Eltern begonnen. (Dabei kann eine Person natürlich auch mehrfach ein neues Thema anstoßen.) An der nachfolgenden Diskussion beteiligen sich dann auch Nutzerinnen und Nutzer, die selbst kein Thema eröffnen. Da Beiträge in den Foren nicht kategorisiert werden, kann eine quantifizierte Aussage über die behandelten Themen nur durch eine Abfrage von Suchbegriffen erzeugt werden, die die interessierenden Fragestellungen in üblicherweise von den Ratsuchenden selbst benutzte Ausdrücke umsetzt. Als gesundheitsbezogene Themen galten dabei die oben dargestellten Anlässe von Beratungsgesprächen. Dazu wurden z. B. „Regulationsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern“ durch Suchbegriffe wie „schreien“, „durchschlafen“, „erbrechen“ u. a. operationalisiert.

In den drei altersbezogenen Foren wurden jeweils etwa 70 % der neuen Themen zu gesundheitsbezogenen Fragestellungen eröffnet. In den beiden anderen Foren war etwa jedes zweite Thema gesundheitsbezogen. Die Ratsuchenden, die selbst neue Themen in den Foren initiiert haben, haben zu mehr als 90 % auch gesundheitsbezogene Themen eröffnet.

*Regulationsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern* waren Thema eines neu eröffneten Beitrages naturgemäß mit knapp 60 % im Forum „Die lieben Kleinen“. Aber auch 40 % der neuen Beiträge zu „Elternkonflikten, Trennung und Scheidung“ hatten diesen Anlass.

*ADHS* war mit 30 % am häufigsten Thema eines neu eröffneten Beitrages der 6- bis 12-jährigen. Aber auch für ältere Kinder und Jugendliche sowie im Zusammenhang mit Schul- und Lernproblemen nahm jeder fünfte Eröffnungsbeitrag dieses Thema auf.

*Rauchen, Alkohol und Drogen* wurden von den Eltern in den Foren „Große Kinder – große Sorgen“ zu mehr als einem Drittel in ihrem Eröffnungsbeitrag angesprochen. Im Forum zu Elternkonflikten, Trennung und Scheidung nahmen knapp 30 % der Erstbeiträge diese Themen auf. Insgesamt – über alle hier angesprochenen Foren – stellten Fragen zum Drogenkonsum für jeden dritten Erstbeitrag den Anlass dar.

*Autoaggressives Verhalten* wird von Eltern vor allem im Forum für Kinder ab 12 Jahren thematisiert: 15 % der neu eröffneten Beiträge werden aus Anlass von selbstverletzendem Verhalten oder angesprochenem Selbstmord ihrer Kinder formuliert.

*Essstörungen* wurden für 12- bis 18-jährige Kinder in knapp 10 % der neuen Beiträge thematisiert.

*Chronische Erkrankungen* wie Neurodermitis, Diabetes, Asthma waren für 8% der Eltern, die einen neuen thematischen Beitrag in die Diskussionsforen einbrachten, Anlass sich zu äußern.

Einnässen, Einkoten und psychosomatische Störungen werden in den Foren kaum thematisiert.

Tabelle 12: Gründe der Beratungsleistungen (Eltern)

		Prozentwerte
Eingeschränkte Erziehungskompetenz	29	1,5
Belastung des jungen Menschen durch Problemlagen der Eltern	219	11,4
Belastungen des jungen Menschen durch familiäre Konflikte	405	21,1
Auffälligkeiten im sozialen Verhalten	236	12,3
Entwicklungsauffälligkeiten/seelische Probleme	628	32,7
Schulische/berufliche Probleme des jungen Menschen	281	14,6
Unversorgtheit des jungen Menschen	-	-
Unzureichende Förderung, Betreuung oder Versorgung des jungen Menschen	9	0,5
Gefährdung des Kindeswohls	37	1,9
Ohne Angaben	18	4,1

Quelle: bke 2008, S.19

Auch in den Themenchats schlagen sich diese Sorgen der Eltern mit ihren Kindern nieder. Themenchats werden in der Regel auf Nachfrage durch die Ratsuchenden gestaltet. Auf der Elternseite steht das Interesse an ADHS und Lernproblemen an der Spitze. Jeder fünfte Chat nimmt das Thema auf, gefolgt von Chats zum Drogenkonsum (14 %) und zu Essstörungen (9 %).

Im Rahmen der Einzelberatung werden die angeführten neuen Kategorien der Bundesstatistik für die von den Fachkräften festgestellten Gründe für die Hilfeleistung angewendet. Für das Jahr 2007 zeigt sich, dass bei den Elternanfragen zu einem Drittel Entwicklungsauffälligkeiten oder seelische Probleme der Kinder und Jugendlichen im Vordergrund stehen. Bei einem Fünftel der Beratungsanfragen ist eine Belastung des jungen Menschen durch familiäre Konflikte gegeben. Es folgen schulische und berufliche Probleme (14,6 %), Auffälligkeiten im sozialen Verhalten (12,3 %) und Belastungen des jungen Menschen durch Problemlagen der Eltern (11,4 %).

## 9.2 bke-Jugendberatung

Für Jugendliche gilt in weit stärkerem Maße als für Eltern, dass die öffentlich zugänglichen Diskussionen in den Foren ihr Bild von dem Beratungsangebot im Internet prägen. Für die Jugendlichen stehen u. a. die Foren

- Selbsthilfe,
- Stress mit mir selbst,

- Freundschaft und Beziehung,
- Liebe und Sexualität,
- Eltern und Geschwister sowie
- Schule, Ausbildung und Beruf

zur Verfügung, in denen sie auch gesundheitsbezogene Themen diskutieren können. Jugendliche eröffnen jedoch oft ein Thema auch in einem erkennbar für andere Diskussionen gemeinten Forum. Deshalb wird im Weiteren der Anteil der einzelnen gesundheitsbezogenen Themen nicht bezogen auf die einzelnen Foren, sondern zusammenfassend dargestellt.

Im Jahr 2007 wurden in den genannten Foren insgesamt 16.611 Beiträge von Jugendlichen gepostet. Ein neues Thema wurde von 815 Jugendlichen begonnen. (Dabei kann eine Person natürlich – wie auf der Elternseite – auch mehrfach ein neues Thema anstoßen). An der nachfolgenden Diskussion beteiligen sich dann auch Jugendliche, die selbst kein Thema eröffnen. Beinahe jeder zweite dieser Jugendlichen, die mit einem Thema eine Diskussion eröffneten, startete auch ein Thema, das gesundheitsrelevant ist.

*Autoaggressives Verhalten* dominiert bei den jugendlichen Nutzern und Nutzerinnen die Themenwahl ihres Beitrages in den Diskussionsforen. 28 % der Jugendlichen, die ein eigenes Thema eröffnen, starteten eine Diskussion zu selbst verletzendem Verhalten oder Selbstmordgedanken.

*Rauchen, Alkohol und Drogen* bilden das Thema von beinahe jedem vierten (24 %) Eröffnungsbeitrag.

*Psychosomatische Störungen* erfasst über Begriffe wie Kopfschmerzen, Migräne, Magenschmerzen werden in etwa jedem fünften (19%) ein neues Thema eröffnenden Beitrag angesprochen.

Mit *ADHS* konnotierte Stichworte wie Konzentrationsstörung, Ritalin®, Hyperaktivität finden sich in gut 13 % der Erstbeiträge.

*Essstörungen* sind Thema eines neu eröffneten Beitrages bei 12 % der jugendlichen Nutzer und Nutzerinnen.

Folgen *chronischer Erkrankungen* werden von den Jugendlichen nur zu 4 % thematisiert.

*Regulationsstörungen* sowie *Einnässen, Einkoten* entfallen als mögliche Themen jugendlicher Nutzer und wurden nicht untersucht.

Bei den Themenchats für Jugendliche wurden im Jahr 2007 gesundheitsbezogene Themen – angebotsbedingt – durch Chats zu Drogen bzw. Cannabiskonsum zu 30 % dominiert. Essstörungen (4 %) und Alkohol (3 %) waren nur selten ein von den Jugendlichen selbst gewünschtes Thema.

Tabelle 13: Gründe der Beratungsleistungen (Jugendliche)

		Prozentwerte
Eingeschränkte Erziehungskompetenz	7	0,5
Belastung des jungen Menschen durch Problemlagen der Eltern	51	3,6
Belastungen des jungen Menschen durch familiäre Konflikte	202	14,3
Auffälligkeiten im sozialen Verhalten	78	5,5
Entwicklungsauffälligkeiten/seelische Probleme	753	53,1
Schulische/berufliche Probleme des jungen Menschen	127	12,1
Unversorgtheit des jungen Menschen	-	-
Unzureichende Förderung, Betreuung oder Versorgung des jungen Menschen	-	-
Gefährdung des Kindeswohls	97	6,8
Ohne Angaben	57	4,0

Quelle: bke 2008, S. 19

Bei den Einzelberatungen von Jugendlichen selbst stehen ebenso wie bei den Einzelberatungen der Eltern Entwicklungsauffälligkeiten und seelische Probleme an erster Stelle. Für jede/n zweite/n Jugendliche/n war dies Grund der Beratung. Es folgen Belastungen des jungen Menschen durch familiäre Konflikte (14,3 %) und schulische/berufliche Probleme des jungen Menschen (12,1 %). Alle weiteren Kategorien erfahren nur geringe Nennungen. Hervorzuheben ist eine mögliche Gefährdung des Kindeswohls, die bei 6,8 % der Jugendlichen gesehen wurde, und Grund der Beratungsleistung war.

### 9.3 Kommentar

Mit der Beratung im Internet ist eine Ergänzung des örtlichen Beratungsangebotes etabliert worden, dass einer neuen Klientel den Zugang zur Beratung eröffnet. Dies gilt sowohl für Eltern wie für Jugendliche. Insbesondere die kurzen Reaktionszeiten auf ein eigenes Anliegen – im Forum wie in der Einzelberatung – machen das Angebot attraktiv. Dabei ist die Anonymität des Angebots eine zentrale Voraussetzung für seine Inanspruchnahme, bei den Jugendlichen ebenso wie bei den Eltern.

Für Eltern bietet die Onlineberatung wie die Beratung durch örtliche Einrichtungen vor allem eine Unterstützung bei der Bewältigung der familialen Interaktionsprobleme, in die eine Erziehung von Kindern eingebettet ist. Die Onlineberatung wirkt damit in die Lebenswelt Familie hinein, die nach der HBSC-Studie zu den moderierenden sozialen Determinanten der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu rechnen ist (vgl. Kapitel 3.2.).

Die Analyse der Forenbeiträge hat gezeigt, dass die gesundheitsbezogenen Themen, die bei einer Einzelberatung in der örtlichen Einrichtung vielleicht bei jedem vierten jungen Menschen Anlass des Hilfebegehrens sind, in den drei altersbezogenen Foren 70 % und in den beiden anderen Foren 50 % der Erstbeiträge ausmachen. Der Gesundheitsbezug hat für die Eltern, die die Onlineberatung nutzen, einen hohen Stellenwert. Dies mag auch mit dem hohen Anteil weiblicher Nutzerinnen zusammenhängen, der sowohl für die Eltern- wie für die Jugendberatung charakteristisch ist.

Jugendlichen eröffnet die Onlineberatung einen eigenen Zugang zu Beratungsleistungen. Sie sind bereit, bei persönlichen Problemen in hohem Maße Unterstützung aus dem Kreis der Familie oder der Freundinnen bzw. Freunde anzunehmen; nicht aber von Professionellen (vgl. Kapitel 2.2). Dies schlägt sich in der örtlichen Beratung so nieder, dass bei nur jeder fünften Beratung um eines jungen Menschen im Alter von 15 bis 21 Jahren willen der Kontakt zur Beratungsstelle von diesem selbst aufgenommen wird. Die Onlineberatung wird dagegen von dieser Altersgruppe aus freien Stücken rege in Anspruch genommen. Im Jahr 2007 waren etwa 3.500 neue Nutzerinnen und Nutzer zu verzeichnen (bke 2008, S. 5).

Die gesundheitsbezogenen Themen haben auch für die Diskussion der Jugendlichen in den Foren einen hohen Stellenwert. Jeder zweite Beitrag, der von Jugendlichen in den Beratungsforen veröffentlicht wird, spricht ein solches Thema an. Dabei sind diese Beiträge häufig dadurch charakterisiert, dass die Gründe dargelegt werden, die Jugendlichen davon abhalten, die Hilfe von Ärzten/Ärztinnen in Anspruch zu nehmen. Sie ermuntern sich gegenseitig, einen Arzt/eine Ärztin aufzusuchen (obwohl sie dies jeweils selbst nicht tun wollen). Sie möchten, dass ihre Not gesehen wird und ihnen Hilfe angeboten wird, aber es besteht eine ausgeprägte Angst davor, mit den Problemen konfrontiert zu werden, selbst sprechen zu müssen und Konsequenzen zu erleben. Unter der Bedingung der Anonymität können die Jugendliche sich jedoch ihren Problemen stellen und auch Interventionen durch Fachkräfte zulassen.

Bei den Themen steht autoaggressives Verhalten deutlich im Vordergrund. Selbstverletzendes Verhalten ist seit Beginn der Onlineberatung ein dominierendes Thema der jugendlichen Diskussionen (bke 2003, S. 32). Ebenso sprechen sie ihre Suizidgedanken deutlich aus. Aufgabe der Moderatoren/Moderatorinnen ist es, die Problemlagen zur Sprache zu bringen, die hinter diesen Symptomen liegen. Dabei ist die Schriftlichkeit dieser Beratungsform eine strukturelle Hilfe, denn sie nötigt, die Unmittelbarkeit des Empfindens in einem Text zu verarbeiten. Bereits dies erzeugt eine innere Distanzierung zu dem ausgedrückten Gefühlszustand. Auch die zeitversetzte Antwort durch andere Jugendliche oder Moderatoren/Moderatorinnen trägt dazu bei, einen Abstand zum eigenen Erleben entstehen zu lassen.

Ebenfalls häufig sind Diskussionen rund um die medizinischen und sozialen Probleme einer möglichen Schwangerschaft, die mit großem Ernst und spürbarem Verantwortungsbewusstsein geführt werden.

Etliche Jugendliche, die das Angebot aufsuchen, sind mit schweren Persönlichkeitsstörungen belastet und sind aus diesem Grund bereits auch in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung oder ihre stationäre Unterbringung steht bevor. Hier ist es immer wieder Aufgabe der Onlineberatung, die Angst vor einer Behandlung zu nehmen, Begriffe oder Vorgehensweisen zu erklären und die jungen Menschen zu bestärken, eine begonnene örtliche „Thera“ wahrzunehmen. Hilfreich sind hier immer wieder die Erfahrungen, die jugendliche Nutzer und Nutzerinnen selbst in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, psychosomatischen Kliniken und auch Tageskliniken machen und im Forum darstellen (vgl. hierzu auch Steck-Kirschner 2009).

Dadurch, dass die bke-Onlineberatung insbesondere im Bereich der Diskussionsforen aber auch der Gruppenchats zentral die Haltungen und Meinungen der anderen Jugendlichen einbezieht, schließt sie an die oben angesprochene Neigung von Jugendlichen an, sich unter den eigenen Freundinnen und Freunden Unterstützung zu suchen (vgl. Kapitel 3.2). Die HBSC-Studie hat gezeigt, dass die *Lebenswelt Gleichaltrige* als soziale Determinante die Gesundheit von Jugendlichen deutlich beeinflusst. Das damit gegebene Potential der Gleichaltrigengruppe kann sich in der Onlineberatung entfalten. Die Jugendlichen können hier – anders als in ihrer örtlichen Peergroup – für sie schwierige Situationen wiederholt ansprechen und für sich bearbeiten, ohne dass sie mit andauernden Ausgrenzungen rechnen müssen. So haben die Jugendlichen aus Anlass des Amoklaufs von Emsdetten in ihrer Diskussion herausgearbeitet, wie sehr nach ihrer Einschätzung sozialer Ausschluss und Mobbingprozesse zu solchen Verzweiflungstaten beitragen können (Steck-Kirschner u.a. 2007).

## **10 Entwicklung der Erziehungsberatung 1993 bis 2007**

Die Entwicklung der Inanspruchnahme der Erziehungsberatung durch Ratsuchende ist an Hand der Bundesstatistik seit dem Jahr 1993 gut nachvollziehbar (vgl. Menne 1997, S. 205). Zum 1. Januar 2007 sind die Erhebungsmerkmale der Hilfen zur Erziehung im Rahmen der Bundesstatistik überarbeitet worden. Daten aus der neuen Erhebung sind noch nicht veröffentlicht (vgl. Kapitel 3.4). Deshalb ist hier der Vergleichszeitraum 1993 bis 2006 gewählt.



## 10.1 Die Inanspruchnahme durch Ratsuchende

Im Jahr 1993 wurden insgesamt 197.955 beendete Beratungen in der Bundesstatistik erfasst. Davon entfielen 176.429 Beratungen oder 89,1 % auf Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Die Inanspruchnahme der Erziehungsberatung ist seitdem kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 2006 wurden 310.561 beendete Beratungen erfasst. Darunter befanden sich 283.633 Beratungen für Minderjährige. Das entspricht 91,3 %.

Tabelle 14: Beendete Beratungen nach § 28 SGB VIII

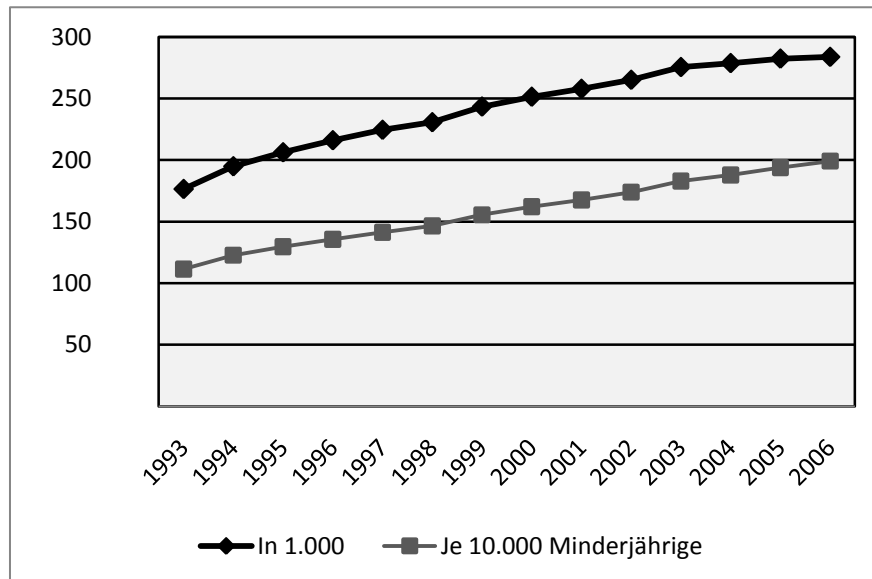
	1993	2006	Zunahme (in %)
Insgesamt	197.955	310.561	56,9
Unter 18 Jahren	176.429	283.633	60,8

*Quelle: Stat. Bundesamt (1995): Statistik der Jugendhilfe Teil I 1 Institutionelle Beratung 1993, Tab. 1.1; Stat. Bundesamt (2007): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Institutionelle Beratung 2006, Tab. 1.1, Eigene Berechnungen.*

Die Zahl aller beendeten Beratungen hat in diesem Zeitraum um 56,9 % zugenommen; die Zahl der Minderjährigen um derenwillen die Beratung durchgeführt wurde, ist mit 60,8 % etwas stärker gestiegen. Dies ist durch den Rückgang von Beratungen für über 21-Jährige bedingt, die nun noch 3,5 % betragen. Überproportional ist die Inanspruchnahme für unter 3-Jährige um 91 % angestiegen. Im Jahr 2006 wurden 15.760 Beratungen für diese Altersgruppe durchgeführt. Ebenso ist ein überdurchschnittlicher Anstieg in den Altersgruppen der 12- bis unter 15-Jährigen bzw. der 15- bis unter 18-Jährigen um 86 bzw. 104 % zu verzeichnen.

Standardisiert je 10.000 Minderjährige erfolgten im Jahr 1993 111 (beendete) Beratungen. Bis zum Jahr 2006 ist die Inanspruchnahmequote auf 199 beendete Beratungen je 10.000 Minderjährige gestiegen. Dies entspricht einer Zunahme von 78,8 %. Aufgrund des in diesem Zeitraum erfolgten deutlichen Anstiegs des Beratungsbedarfs einerseits aber auch aufgrund des Rückgangs der Zahl der Minderjährigen in Deutschland werden heute je 10.000 dieser Altersgruppe deutlich mehr Kinder und Jugendliche als 1993 erreicht.

Abbildung 2: Beratung für Minderjährige 1993 bis 2006



Quelle: Statistisches Bundesamt (1995 bis 2007): Statistik der Kinder- und Jugendhilfe – Institutionelle Beratung, Eigene Berechnungen.

In Abbildung 2 wird deutlich, dass die Zahl der Beratungen um der Kinder und Jugendlicher willen bis zum Jahr 2003 kontinuierlich ansteigt. Die Steigerungsrate beträgt in dieser Zeit durchschnittlich etwa 4 %. Danach flacht die Kurve ab. Ab 2004 pendelt die Steigerungsrate nur mehr um 1 %. Die Inanspruchnahmequote je 10.000 Minderjährige steigt dagegen über den gesamten Zeitraum um durchschnittlich beinahe 5 %.

Eine Inanspruchnahmequote von derzeit 199 (beendeten) Beratungen je 10.000 Minderjährige bedeutet, dass im Jahr 2006 für 2 % aller Minderjährigen eine Erziehungsberatung durchgeführt worden ist. Auf der Basis der in der Bundesstatistik seit 1993 dokumentierten empirischen Inanspruchnahme der Erziehungsberatung lässt sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die bis zu ihrer Volljährigkeit durch Erziehungsberatung unterstützt worden, berechnen. In den zurückliegenden 14 Jahren haben bereits 22 % der Minderjährigen eine Unterstützung durch Erziehungsberatung erfahren. Nimmt man für die kommenden vier Jahre auch nur eine konstant bleibende Inanspruch-

nahmequote von 2 % an, so werden derzeit 30 % der unter 18-Jährigen bis zu ihrer Volljährigkeit durch Erziehungsberatung erreicht<sup>5</sup>.

## 10.2 Personelle Ausstattung der Erziehungsberatung

Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung erhebt seit 1982 regelmäßig die personelle Ausstattung in der Erziehungs- und Familienberatung (vgl. Presting 1991, S. 20ff.). 1993 wurden letztmalig die Daten für die alte Bundesrepublik erfasst. Der Stand des Ausbaus der Erziehungsberatung in den neuen Bundesländern wurde 1995 erhoben. Die Daten der beiden Erhebungen werden hier zum Stand 1995 zusammen geführt. Die erste gesamtdeutsche Erhebung fand zum 31.12.1998 statt. Weitere Erfassungen erfolgten für 2003 und 2007<sup>6</sup>.

Die Zahl der Beratungsstellen ist in diesem Zeitraum von 1995 bis 2003 mit etwa 1.075 Einrichtungen weitgehend gleich geblieben. Erst für 2007 ist ein deutlicher Rückgang der Zahl der Erziehungs- und Familienberatungsstellen zu verzeichnen. Aktuell sind der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung 1.050 Beratungsstellen bekannt.

Tabelle 15: Kapazität der Erziehungsberatung

	Erziehungsberatungsstellen	Planstellen
1995	1.069	3.652
1998	1.086	3.627
2003	1.081	3.778
2007	1.050	3.648

Quelle: bke 1998, 2000, 2005b, 2009

Der Rückgang der Einrichtungszahl kann möglicherweise auf die Kürzung von Fördermitteln in einzelnen Bundesländern zurückgeführt werden, die in den zurückliegenden Jahren erfolgt sind. Wahrscheinlicher sind Zusammenlegungen von Beratungsstellen z. B. im Rahmen von Gebietsreformen.

<sup>5</sup> Die aktuelle Inanspruchnahmequote von 2 % zugrunde gelegt ergibt sich für die 18 Jahre der Minderjährigkeit künftig eine Unterstützung durch Erziehungsberatung bei 36 % der Kinder und Jugendlichen. Allerdings werden Kinder auch wiederholt in der Erziehungsberatung angemeldet. Mit 30 % ist daher eine realistische Größenordnung markiert.

<sup>6</sup> Die Bundesstatistik liefert seit längerem im Rahmen der Erhebung der Einrichtungen überhöhte Werte. Seit der getrennten Erfassung von Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Ehe- und Lebensberatungsstellen sowie Jugendberatungsstellen gemäß § 11 SGB VIII ist die Datennlage verbessert, aber noch nicht befriedigend. Deshalb werden hier die Erhebungen des Fachverbandes zugrunde gelegt.

Die Zahl der Planstellen für Beratungsfachkräfte ist über den betrachteten Zeitraum letztlich gleich geblieben. Zwar war für 2003 eine erhöhte Zahl von Planstellen zu verzeichnen. Doch in den zurückliegenden drei Jahren sind nach der aktuellen Erhebung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung zur Situation der Erziehungsberatung 135 Personalstellen abgebaut worden, so dass sich die Versorgungslage wieder mit durchschnittlich 3.650 Planstellen beschreiben lässt.

Damit ist die Versorgungssituation in der Erziehungsberatung seit 1982 praktisch unverändert. Es ist lediglich nach der Deutschen Einheit in den neuen Bundesländern Erziehungs- und Familienberatung als Angebot aufgebaut worden. Auch dort ist jetzt der Ausbaustand der früheren westdeutschen Erziehungsberatung erreicht. 1982 entfielen 20.000 Einwohner auf eine Fachkraft. Mit geringen Schwankungen über die Jahre (bke 1998b, S. 11) ergibt sich heute ein Wert von etwa 22.500 Einwohnern je Fachkraft.

Damit versorgt praktisch die gleiche Zahl von Beratungsfachkräften (Planstellen) eine über die Jahre deutlich gestiegene Zahl von Ratsuchenden. Entfielen im statistischen Durchschnitt 1995 auf eine Planstelle 63 beendete Beratungen, so waren es im Jahr 2007 bereits 85 Beratungen. Diese Zunahme konnte von den Beratungsstellen nur durch interne Rationalisierungsmaßnahmen bewältigt werden. Dazu gehören z. B. verstärkte familientherapeutische Arbeitsweise, Verzicht auf Testdiagnostik, Verringerung der Zahl der Kindertherapien und die Begrenzung der Zahl der Beratungskontakte. Die „Intensität“ von Beratungen – gemessen an der Zahl der erfolgten Beratungskontakte – wird durch die Bundesstatistik erst seit 2007 erhoben. Daher liegen für die zurückliegenden Jahre nur örtlich Daten über den erfolgten Rückgang der durchschnittlichen Zahl der Beratungskontakte vor.

Das Abflachen der Inanspruchnahmekurve der Erziehungsberatung ab 2004 ist also nicht auf einen nun stagnierenden Unterstützungsbedarf der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien zurückzuführen, sondern auf die gegenüber 2003 eingetretene Verringerung der Beratungskapazität aufgrund von Sparmaßnahmen von Kommunen und Ländern. Hinzu kommt auch, dass Erziehungsberatung in den letzten Jahren zunehmend zu „fachdienstlichen Aufgaben“ für das Jugendamt neben der Versorgung der Bevölkerung durch Einzelfallberatung hinzugezogen worden ist. Dies betrifft z. B. ihre Einbeziehung in die Hilfeplanung beim örtlichen Jugendamt aber auch die Tätigkeit als „insofern erfahrene Fachkraft“ nach § 8a SGB VIII.

### **10.3 Kosten der Erziehungsberatung**

Da in der Erziehungs- und Familienberatung über die Jahre hin mit praktisch der gleichen Zahl von Planstellen für Beratungsfachkräfte gearbeitet wird,

ergibt sich angesichts der höheren Fallzahlen – trotz einer Steigerung des Preisindex – eine Senkung der durchschnittlichen Kosten je Beratungsfall. Von 1993 bis 2003 sind diese „Stückkosten“ (die vom Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe zu finanzierenden Anteile der Leistung) von 1.190€ auf 1.067€ je Fall gesunken. Das entspricht einem Kostenrückgang von 10% (Menne u. a. 2006, S. 274).

Innerhalb des Systems der Hilfen zur Erziehung stellt Erziehungsberatung die mit Abstand kostengünstigste Hilfe dar. Dies gilt selbst dann, wenn eine zeitintensive therapeutische Einzelfallhilfe mit einem Mehrfachen des durchschnittlichen Zeitaufwandes erforderlich wird (Menne 2008, S. 15f.).

Tabelle 16: Die Kosten der Hilfen zur Erziehung je Fall im Jahr 2005

	Kosten in EURO
Erziehungsberatung	1.101 €
Soziale Gruppenarbeit	7.307 €
Erziehungsbeistand Betreuungshelfer	10.669 €
SPFH	17.250 €
Tagesgruppe	47.271 €
Vollzeitpflege	59.203 €
Heimerziehung	117.339 €
Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung	104.398 €

Quelle: Menne 2008, S. 14.

## 10.4 Die Versorgungslage der Erziehungs- und Familienberatung

Die WHO hat Richtzahlen veröffentlicht, nach denen eine Erziehungsberatungsstelle mit vier bis fünf Fachkräften auf 45.000 Einwohner zur Verfügung stehen soll (Buckle/Lebovici 1956). Die Empfehlungen der Bundesländer haben eine Beratungsstelle mit (mindestens) drei Beratungsfachkräften vorgesehen (Die für die Jugendhilfe zuständigen Senatoren und Minister der Länder 1973).

Tabelle 17: Ausbaustand der Erziehungsberatung

	Einwohner pro Erziehungs- beratungsstelle	Einwohner pro Fach- kraft (Planstelle)
WHO (1956)	45.000	10.000
Länderminister	50.000	16.667
Stand 2007	78.100	22.500

Quelle: bke 1998, S. 9; 2008

Durch die demografische Entwicklung der letzten Jahrzehnte geht der Anteil der Minderjährigen an der Gesamtbevölkerung zurück. Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung hat deshalb die Richtzahl der WHO auf die Minderjährigen bezogen (bke 1999, S. 226ff.). Danach sollen für jeweils 10.000 Minderjährige vier Beratungsfachkräfte zur Verfügung stehen. Dieses Ziel ist noch nicht erreicht.

Tabelle 18: Erforderliche Fachkräfte (Planstellen)

	<b>Fachkräfte je 10.000 Minderjährige</b>	<b>Zahl der Fachkräfte</b>
WHO/bke	4,0	4,0
Stand 2007	2,3	2,3

*Quelle: bke 1999, S. 228; Tabelle Gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (siehe oben)*

Dabei markiert eine solche Richtzahl nur die erforderliche Grundversorgung. Besondere Bedarfslagen wie sie sich durch die Veränderung von Familien (z. B. Trennung und Scheidung) oder soziale Lagen (z. B. Arbeitslosigkeit) ergeben sind darin nicht berücksichtigt (vgl. dazu das Modell zur Berechnung der erforderlichen Personalkapazität bke 2001, S. 39ff.).

Während Kinder- und Jugendärzte/-ärztinnen seit 1995 ihre Personalkapazität um 12% erhöhen konnten und Kinder- und Jugendpsychiater/-psychiaterinnen sogar die Versorgungsquote von 0,4 auf 0,9 Psychiater/Psychiaterinnen je 10.000 Minderjährige verdoppeln konnten (vgl. Kapitel 2.1), stagniert die Relation von Erziehungsberatungsfachkräften zu Kindern und Jugendlichen bei 2,3 je 10.000 Minderjährigen. Obwohl die Stärkung der Erziehungskompetenz von Eltern heute eine offensichtliche und politisch anerkannte Notwendigkeit darstellt, wird dieser gesellschaftliche Bedarf nicht annähernd befriedigt.

## 11 Schlussfolgerungen und Perspektiven

Aus der vorgetragenen Sachdarstellungen können für die Erziehungs- und Familienberatung an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen die folgenden Perspektiven gefolgert werden:

- 1. Erziehungsberatung leistet einen bedeutsamen Beitrag zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen**

Erziehungsberatung hat innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe den spezifischen Auftrag, bei der Lösung individueller und familialer Probleme Unterstützung zu leisten. Sie verbessert die Alltagswelt der Familien und die Beziehungen der Familienmitglieder und fördert somit eine der wichtigsten Ressourcen für das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen.

- Erziehungsberatung fördert die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auch in einem engeren Sinne,
- indem sie gesundheitsbezogene Verhaltensweisen im Rahmen von Einzelberatungen thematisiert,
- indem sie Probleme behebt, die noch nicht krankheitswertig sind und so einer Chronifizierung der Situation und einer späteren Erkrankung vorbeugt,
- indem sie mit ihrem kinder- und jugendhilfespezifischen Ansatz bei Störungen, die als Krankheiten diagnostiziert sind oder diagnostizierbar wären, die Erziehungskraft der Eltern steigert, familiäre Konflikte löst und die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen fördert.

Deshalb ist es erforderlich, in dem geplanten Präventionsgesetz (Deutscher Bundestag 2005) sowohl der Bedeutung der Jugendhilfe im Allgemeinen als auch der Erziehungsberatung im Besonderen Rechnung zu tragen.

## **2. Schnittstellenkompetenz der Erziehungsberatung stärker nutzen**

Die Gemeinsame Handlungsempfehlungen der *Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe* (AGJ) und des *Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte* (BVKJ) zum gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen (2008) fordert die Bildung von Netzwerken, an denen sowohl Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe als auch des Gesundheitswesens beteiligt sind: „Es sind Schnittstellenkompetenzen gefragt“ (S. 24).

Erziehungsberatung verfügt durch die entwicklungspsychologische, psychodiagnostische und psychotherapeutische Qualifikation ihrer Fachkräfte über solche Schnittstellenkompetenzen. Diese können stärker genutzt werden.

Besonderer Handlungsbedarf besteht bei

- der Weiterentwicklung systemübergreifender Zusammenarbeit beim Kinderschutz (Jugendministerkonferenz 2006; NZFH 2008).
- der Bildung von systemübergreifenden Netzwerken zum Thema ADHS (vgl. Eckpunktepapier der Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung BMG 2002).
- in der Hilfeplanung, insbesondere wenn neben Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen auch kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung oder eine Psychotherapie notwendig sind.

- Maßnahmen der Eingliederungshilfe.

### **3. Diagnostische und psychotherapeutische Kompetenz der Erziehungsberatung ausbauen**

Die Tätigkeit der Erziehungsberatung im Grenzbereich zum Gesundheitswesen erfordert eine Stärkung ihrer diagnostischen Ressourcen. Die Arbeit insbesondere mit seelischen Problemlagen und Problemen, die auch im Körper des Kindes ihr Ausdrucksfeld finden, erfordert eine Stärkung ihrer psychotherapeutischen Kompetenz.

Gerade nach der Klärung, dass für die Erbringung der Leistung Erziehungsberatung keine Approbation erforderlich ist, muss umso mehr darauf insistiert werden, dass therapeutische Zusatzqualifikationen der Fachkräfte weiterhin fachlich erforderlich sind. Zu diesen Zusatzqualifikationen zählen:

- Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, also therapeutische Verfahren, deren Beherrschung auch zu einer Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-therapeutin bzw. psychologischen Psychotherapeut/-therapeutin führen kann und
- Familientherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie und Psychodrama, also therapeutische Verfahren, deren Beherrschung auf absehbare Zeit nicht zur Approbation führen wird.

Wenn das Potenzial der Erziehungsberatung zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen besser genutzt werden soll, muss sowohl für die direkte Beratungsarbeit mit den Familien als auch für weitere Aufgaben im System der Kinder- und Jugendhilfe und in der Kooperation mit dem Gesundheitswesen die erforderliche Personalkapazität bereitgestellt werden. Die personelle Situation der Erziehungsberatung steht bereits heute in keinem vertretbaren Verhältnis mehr zu dem tatsächlich gegebenen Unterstützungsbedarf der Familien.

Leistungen der Erziehungsberatung und der Krankenbehandlung sind nicht immer eindeutig voneinander abgrenzbar. Vielmehr korrespondiert eine psychische Erkrankung des Kindes häufig mit einem entsprechenden erzieherischen Bedarf. Erziehungsberatung ist angezeigt solange Eltern für ihren erzieherischen Bedarf Unterstützung in der Kinder- und Jugendhilfe suchen. Um Doppelbehandlungen zu vermeiden und die erforderlichen Hilfen gut auf die Situation des Kindes abzustimmen, ist es nötig, die noch häufig starren Grenzen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen zu überwinden.

Hierzu haben sich in der Erziehungsberatung die Mitarbeit eines Arztes/einer Ärztin im Team der Beratungsstelle und die institutionalisierte Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendärzten/-ärztinnen und Fachärzten/-ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie bewährt. Es



wäre zu prüfen, inwieweit in der Leistungsfinanzierung die in der Frühförderung möglichen Komplexleistungen auf gemeinsame Leistungen von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen übertragbar sind. Wenn es gelänge, im heutigen Grenzbereich der Systeme flexible Hilfen aus einer Hand anzubieten, würde das die Reibungsverluste bei Weiterverweisungen minimieren und eine optimale Passung eines differenzierten Hilfeangebotes auf die Situation des Kindes gewährleisten.

## 12 Literatur

- Aggleton, P./Homans, H. (1987): Educating about AIDS. NHS Training Authority. Bristol
- Ames, A./Bürger, U. (1996): Untersuchung der unterschiedlichen Inanspruchnahme vollstationärer Heimerziehung im Verbandsgebiet. Teilbericht I und II. Stuttgart
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ)/Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) (2008): Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen – Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe. Gemeinsame Handlungsempfehlungen. Berlin
- Barkmann, C.; Schultze-Markwort, M. (2004): Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. In: Psychiatrische Praxis, Heft 6/2004, 278-287.
- Buckle, D./Lebovici, S. (1960): Leitfaden der Erziehungsberatung. Göttingen
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BA) (1998): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien). Siegburg
- Bundesärztekammer (BÄK) (2003): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003. Stand: September 2007. Berlin
- Bundesgerichtshof (BGH) (1958): Urteil vom 21. März 1958. In: Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Strafsachen (BGHSt), 11, S. 304-316. Karlsruhe
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (1994): Das Leistungsspektrum von Erziehungsberatungsstellen. Fürth
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (1997): Hilfe für ‚seelisch behinderte‘ Kinder und Jugendliche in der Erziehungs- und Familienberatung. In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, 3, S. 3-8
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (1998a): Erziehungs- und Familienberatung in Zahlen. Fürth
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (1998b): Psychotherapie in Erziehungsberatungsstellen. In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, 2, S. 3-7
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (1999): EB-Richtzahl und Bevölkerung. Wiederabdruck in: bke (2000): Grundlagen der Beratung. Fachliche Empfehlungen, Stellungnahmen und Hinweise für die Praxis. Fürth

- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) (2000): Aktuelle Zahlen. In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, 3, S. 33
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) (2001): Jugendhilfeplanung für Erziehungs- und Familienberatung. Fürth
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) (2003): Online-Beratung. Hilfe im Internet für Jugendliche und Eltern. Fürth
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) (2005a): Erziehungsberatung und Psychotherapie. In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, 2, S. 3-8
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) (2005b): Erziehungsberatung in Deutschland. In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, 3, S. 38-39
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) (2006a): Erziehungsberatung und Hilfeplanung. In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, 2, S. 3-13
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) (2006b): Die neue Bundesstatistik zu den erzieherischen Hilfen. In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, 3, S. 3-8
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) (2008): bke-beratung.de. Erziehungs- und Familienberatung im Internet. Bericht 2007. Fürth
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke) (2009): Die Situation der Erziehungs- und Familienberatung 2007. [www.bke.de](http://www.bke.de) → Fachkräfte → Statistik
- Bundeskonzferenz für Erziehungsberatung (bke)/Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2008): Psychotherapeutische Kompetenz in der Erziehungs- und Familienberatung. In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, 2, S. 3-5
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (1998): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV). Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2002) Eckpunkte der Ergebnisse der vom Bundesministerium für Gesundheit durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2003): Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) vom 24. Juni 2003. Berlin
- Bundessozialgericht (BSG) (1973): Urteil vom 20. Oktober 1972. In: Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG). Band 35, Köln, S. 10-15
- Bundessozialgericht (BSG) (2003): Urteil vom 3. September 2003. Aktenzeichen: B 1 KR 34/01 R. Köln
- Conen, M.-L. (2006<sup>3</sup>): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden: Aufsuchende Familientherapie. Heidelberg
- Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF 1993): Institutionelle Beratung im Bereich der Erziehungs-, Ehe- Familien- und Lebensberatung, Partnerschafts- und Sexualberatung. Wiederabdruck in: DAKJEF (2001) Grundsatztexte des Deutschen Arbeitskreises für Jugend-, Ehe- und Familienberatung. Frankfurt am Main, S. 6-12
- Deutscher Bundestag (2005): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention. Bundestagsdrucksache 15/4833. Berlin

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) (1994): Empfehlungen zur Hilfeplanung nach § 36 KJHG. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, 7, S. 343-354

Die für die Jugendhilfe zuständigen Senatoren und Minister der Länder (1973): Grundsätze für die einheitliche Gestaltung der Richtlinien der Länder für die Förderung von Erziehungsberatungsstellen. In: bke (2000): Grundlagen der Beratung. Fürth, S. 309-317

Erhart, M./; Ravens-Sieberer, U. (2008): Die Rolle struktureller Aspekte von Familie, familiärer Kommunikation und Unterstützung für die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. In: Richter, M./Hurrelmann, K./Klocke, A./Melzer, W./Ravens-Sieberer, U. (Hg.): Gesundheit. Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim und München, S. 290 - 213

Erhart, M./Hölling, H./Bettge, S./Ravens-Sieberer, U./Schlack, R. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 800-809

Ewles L./Simnett, I. (1998<sup>4</sup>) Promoting health: A practical guide. Edinburgh: Bailliere

Fegert, J.M./Schrappner, C. (2004): Handbuch Jugendhilfe – Kinderpsychiatrie: Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim

Freitag, M. (1995): Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld: Eine Hilfe nur bei Belastungen? In: Settertobulte, W./Palentien, C./Hurrelmann, K. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. Heidelberg, S. 121-132

Gerth, U. (2001): Befreiende Diagnosen: Systemische Diagnostik in der Erziehungsberatung. In: Hundsatz, A./Menne, K. (Hrsg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung (Band 4) . Weinheim, S. 137-154

Gerth, U./Menne, K./Roth, X. (1999): Qualitätsprodukt Erziehungsberatung. QS: Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe, Heft 22. <http://www.qs-kompodium.de/pdf/Qs22.pdf>

Gesundheitsberichterstattung des Bundes: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).

Goldbeck, L./Fegert, J.M. (2008): Abschlussbericht: Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. [www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/projekte-dissertationen/heim-projekt.html](http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/projekte-dissertationen/heim-projekt.html)

Hauck, K.; Noftz, W.; Stähr, A. (2002): SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe. Berlin

Höger, C. (1991): Erziehungsberatungsstellen im Kontext ambulanter psychosozialer Hilfen für Kinder und Jugendliche. In: Presting, G. (Hrsg.), Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven. Weinheim, S. 49-92

Hölling, H./Schlack, R. (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 794-799

Hölling, H./Erhart, M./Ravens-Sieberer, U./Schlack, R. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 784-793

Ihle, W.; Esser, G. (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. In: Psychologische Rundschau, 53. Jg., S. 159-169.

- Jacob, A./Wahlen, K. (2006): Das Multiaxiale Diagnosesystem Jugendhilfe (MAD-J). München
- Jugendministerkonferenz (2006): Kinder und Gesundheit. Beschluss der Jugendministerkonferenz am 18./19. Mai 2006 in Hamburg. [http://kinderrechte.rlp.de/fileadmin/Dateien/Downloads/kinderrechte/PDFs/JMK\\_18\\_19\\_Mai\\_TOP9\\_1\\_Kinder\\_und\\_Gesundheit.pdf](http://kinderrechte.rlp.de/fileadmin/Dateien/Downloads/kinderrechte/PDFs/JMK_18_19_Mai_TOP9_1_Kinder_und_Gesundheit.pdf)
- Kamtsiuris, P./Atzpodien, K./Ellert, U./Schlack, R./Schlaud, M. (2007): Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 686-700
- Kassebrock, F. (1994): Möglichkeiten der Erziehungsberatung bei Kindern und Jugendlichen mit Epilepsie, in: Menne, K.; Cremer, A.; Hundsatz, A. (Hg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung, Band 2, Weinheim und München, S. 87-98.
- Kienbaum Executive Research (2007): Berichtswesen Erziehungsberatung/Ehe- und Lebensberatung 2006. Düsseldorf.
- Kurth, B.-M./Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 736-743
- Kurz-Adam, M. (1997): Professionalität und Alltag in der Erziehungsberatung. Opladen
- Lampert, T./Mensink, G.B.M./Romahn, N./Woll, A. (2007): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 634-642
- Lampert, T./Sygusch, R./Schlack, R. (2007): Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 643-652
- Lampert, T./Thamm, M. (2007): Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 600-608
- Lasse, U. (2002): Psychotherapie in der Erziehungsberatung als Leistung der Jugendhilfe. Wiederabdruck in: Hundsatz, A./Menne, K. (Hrsg.) (2004): Jahrbuch für Erziehungsberatung (Band 5, S. 109-121). München
- Meireis, H. (1995): Der jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes. In: Settertobulte, W./Palentien, C./Hurrelmann, K. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. Heidelberg, S. 65-83
- Menne, K. (1997): Institutionelle Beratung. Möglichkeiten und Grenzen ihrer quantitativen Erfassung. In: Rauschenbach, T./Schilling, M. (Hrsg.), Die Kinder- und Jugendhilfe und ihre Statistik (Band 2). Neuwied, S. 201-264
- Menne, K. (2004a): Therapeutische Kompetenz in präventiver Orientierung. In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, 1, S. 12-20
- Menne, K. (2004b): Finanzierung von Beratung. In: Nestmann, F./Engel, F./Sickendieck, U. (Hrsg.), Das Handbuch der Beratung: Ansätze, Methoden und Felder (Band 2). Tübingen, S. 1213-1227
- Menne, K. (2005): Die Familienverhältnisse in der Fremdunterbringung. Teil 1 und 2. In: Zentralblatt für Jugendrecht, Heft 7/8-2005, S. 290-308, und Heft 9-2005, S. 350-357.
- Menne, K. (2006): Beratung, Erziehung, Betreuung und Bildung. Inanspruchnahme von Erziehungsberatung im Kindergarten- und Schulalter. In: Menne, K./Hundsatz, A. (Hrsg.), Jahrbuch für Erziehungsberatung. (Band 6). München, S. 191-205
- Menne, K. (2006): Psychotherapie und Erziehungsberatung. In: Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht, 4, S. 206-211

- Menne, K. (2008): Die Kosten der erzieherischen Hilfen. In: Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht, 1, S. 10-18
- Menne, K. (2009): Gesundheitsförderung und Kinderschutz in der Erziehungsberatung. In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, Heft 1, S. 32-35
- Menne, K./Schilling, H./ Golias, E. (2006): Steigender Bedarf und höhere Effizienz in der Erziehungsberatung. In: Menne, K./Hundsatz, A. (Hrsg.), Jahrbuch für Erziehungsberatung (Band 6). München, S. 257-277
- Mensink, G.B.M./Kleiser, C./Richter, A. (2007): Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 609-623
- Modellprogramm Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens (2005): Innovation durch Kooperation. <http://www.dji.de/bibs/Abschlussbericht-HPV.pdf>, 14.09.2009
- Mrozynski, P. (2004): SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe - Kommentar. München
- Münder, J./Baltz, J./Jordan, E./Kreft, D./Lakies, T. (2006<sup>3</sup>): Frankfurter Kommentar zum SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)(2008): Hintergrund Nationales Zentrum Frühe Hilfen: Zielsetzung. <http://www.fruehehilfen.de/1871.0.html>
- Ottova, V./Richter, M. (2006): Alles aus Risiko? Aktuelle Ergebnisse zum Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. In: Beck, N./Warnke, A./Adams, G./Zink-Jakobeit, K. (Hrsg.): Süchtiges Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Lengerich
- Presting, G. (1991): Zur Geschichte institutioneller Erziehungsberatung nach dem Zweiten Weltkrieg. Entwicklung struktureller Bedingungen und Arbeitsweisen. In: Presting, G. (Hrsg.), Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven. München, S. 9-47
- Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettge, S./Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 871-878
- Remschmidt, H./Walter, R. (1989): Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Stuttgart
- Remschmidt, H. (1995a): Grundsätze zur Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher. In: Settertobulte, W./Palentien, C./Hurrelmann, K. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. Heidelberg, S. 87-100
- Remschmidt, H. (1995b): Versorgungseinrichtungen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. In: Settertobulte, W./Palentien, C./Hurrelmann, K. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. Heidelberg, S. 101-118
- Schellhorn, W./Schellhorn, H./Fischer, L./Mann, H. (Hrsg.) (2007<sup>3</sup>): SGB VIII/KJHG. Sozialgesetzbuch Achtes Buch Kinder- und Jugendhilfe. Neuwied
- Scheuerer-Englisch, H./Dillig, P./Ewald, S./Renges, A./Seus-Seberich, E./Thorwart, D. (2008): Testdiagnostik in der Erziehungsberatung. In: Scheuerer-Englisch, H./Hundsatz, A./ Menne, K. (Hrsg.), Jahrbuch für Erziehungsberatung (Band 7). Weinheim, S. 129-150
- Schlack, R./Hölling, H./Kurth, B.-M./Huss, M. (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 827-835

- Schlaud, M. (2006): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Powerpoint-Präsentation am 12.10.2006.
- Schlaud, M./Atzpodien, K./Thierfelder, W. (2007): Allergische Erkrankungen. In: Bundesgesundheitsblatt, 50, S. 701-710
- Schmid, M. (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern. München
- Schnabel, P.-E. (2001): Familie und Gesundheit: Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. München
- Schnabel, P.-E. (2007?): Gesundheitsförderung in Familien. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 283-293
- Schrappner, C. u.a. (Hrsg.) (2005):: Innovation durch Kooperation. Anforderungen und Perspektiven qualifizierter Hilfeplanung in der Zusammenarbeit freier und öffentlicher Träger der Jugendhilfe. Modellprogramm Fortentwicklung des Hilfeplanverfahrens. Abschlussbericht des Bundesmodellprojektes „Hilfeplanung als Kontraktmanagement?“, München
- Schulze, U./Fegert, J.M. (2007?): Prävention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, S. 223-232
- Settertobulte, W. (1995): Altersadäquate Versorgung für Kinder und Jugendliche. In: Settertobulte, W./Palentien, C./Hurrelmann, K. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. Heidelberg, S. 132-152
- Settertobulte, W./Palentien, C./Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1995): Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. Heidelberg.
- Statistisches Bundesamt (1995): Statistik der Jugendhilfe Teil I 1 Institutionelle Beratung 1993. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe – Institutionelle Beratung 2006. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2009): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige. Wiesbaden
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2007): Statistik der Kinder- und Jugendhilfe Teil I: Erzieherische Hilfe Eingliederungshilfe für seelische behinderte junge Menschen Hilfe für junge Volljährige, Wiesbaden.
- Steck-Kirschner, J. (2009): Gesundheit als Thema eines Jugendforums. In: bke (2009): bke-beratung.de. Erziehungs- und Familienberatung im Internet. Bericht 2008. Fürth, S. 13-17.
- Steck-Kirschner, J./Hoffman, R./Thiery, H. (2007): Der Amoklauf von Emsdetten. Erfahrungen aus der bke-Onlineberatung. In: *Das Jugendamt*, Heft 10/2007, S. 458-464
- Thiery, H. (2008): Gesundheitsthemen in der Onlineberatung. Sonderauswertung. Fürth. Manuskript.
- Trepte, H.-V./Fenkner, M. (2006): Erziehungsberatungsstellen als Kompetenzzentren der Jugendhilfe. Mitwirkung im Hilfeplanverfahren bei der Gewährung von Eingliederungshilfe. In: Menne, K./Hundsatz, A. (Hrsg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung, (Band 6)). München, S. 63-79
- Wahlen, K. (2006): Diagnostik in der Erziehungs- und Familienberatung: Blick zurück nach vorn. Unveröffentlichtes Manuskript

- Warnke, A./Lehmkuhl, G. (2003): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2006): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Unterzeichnet am 22. Juli 1946. Stand vom 7. März 2006
- Wiesner, R. (Hrsg.) (2006<sup>3</sup>): SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. München
- Wiesner, R. (2005) Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht. Gutachten im Auftrag der Bundespsychotherapeutenkammer. Berlin
- Wittchen, H.-U./Jacobi, F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, 44, S. 993-1000